



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Competências profissionais e concepções religiosas dos psicólogos no acompanhamento do processo de luto

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Ana João Granja Gomes

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

FEVEREIRO 2019



CATÓLICA

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Competências profissionais e concepções religiosas dos psicólogos no acompanhamento do processo de luto

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Ana João Granja Gomes

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Armanda Paula
Cunha Gonçalves**

Agradecimentos

A elaboração desta dissertação contou com importantíssimos apoios, sem os quais não teria sido possível a conclusão de mais uma etapa a nível académico.

À professora doutora Armanda Gonçalves, minha orientadora, obrigada por toda a exigência e profissionalismo, por toda a paciência e compreensão neste caminho. Agradeço também por todo o conhecimento que me transmitiu.

Às minhas amigas de sempre, por toda a força e por me acompanharem neste percurso e sempre se disponibilizaram para me ajudar!

Às amigas que a universidade me trouxe (Eduarda, Marlene e Rita), por todas as horas de estudo, por nunca me terem deixado desistir e por todos os bons momentos que vivemos nestes 5 anos de formação superior.

À Beatriz por me ajudar a ser mais organizada e por promover o meu sentido crítico. Agradeço também pela amizade que construímos e que levo para a vida e por teres contruído para o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos meus pais por sempre terem acreditado em mim, por me terem possibilitado o estudo de uma ciência que sempre me apaixonou. Obrigada por todo o amor e compreensão que sempre me transmitiram.

Ao meu irmão, por todo o auxílio na construção deste produto, por todos os conselhos dados ao longo da minha formação superior e por seres um exemplo para mim de persistência e de resiliência.

Ao Mário, pelo companheirismo, pela compreensão e paciência que teve para comigo. Obrigada por transmitires segurança e confiança nos momentos em que mais precisei.

À minha restante família que sempre me apoiou!

Muito obrigada a todos!

Resumo: O luto é a reação a uma perda, definido por respostas emocionais, comportamentais, sociais e físicas (Parkes, 1998). Sendo este um fenómeno de dor constante, está ligado ao trabalho dos psicólogos, onde estes requerem conhecimento necessário, para poder facultar um apoio ajustado de modo a auxiliar a pessoa a lidar de forma adaptativa e ajustada (Silva, Carneiro & Zandoni, 2017). Também a religião tem um papel preponderante na superação do luto, dado que é utilizada como mecanismo de *coping*, pois as tradições religiosas originam teorias acerca da morte/sofrimento, que acabam por ajudar e criar estratégias (Bowker, 1970), assim, é importante que o psicólogo não desvalorize a crença religiosa do utente (Angarni, 2004). Posto isto, conduzimos um estudo qualitativo com o objetivo de compreender as conceções dos psicólogos acerca do conceito luto, analisar a formação e experiência em acompanhamento no luto. Pretendemos ainda compreender os modelos teóricos bem como a intervenção no acompanhamento do luto e explorar as conceções religiosas/espirituais e os procedimentos de intervenção com estas dimensões. Aplicou-se uma entrevista semiestruturada a 8 psicólogos (2 estagiários e 6 membros efetivos da OPP) bem como um questionário sociodemográfico. Posteriormente as entrevistas foram analisadas com base na técnica de codificação descrita por Saldaña (2013). Os resultados revelam a escassa formação académica no âmbito do luto levando os psicólogos a complementar a formação. Relativamente à dimensão religiosa, os resultados demonstram a importância desta na superação do luto, sendo utilizada pelos participantes, no acompanhamento psicológico, como estratégia de *coping*.

Palavras-chave: luto; processo de luto; competências dos psicólogos; formação académica; religião e espiritualidade

Abstract: Mourning is the reaction to loss that is defined by emotional, behavioral, social, and physical responses (Parkes, 1998). Given that this is a phenomenon marked by constant pain, it is linked to the work of psychologists who are required to have the necessary knowledge to be able to provide an adjusted support to help the person in handling grief in an adaptive and adjusted way (Silva, Carneiro & Zandoni, 2017). Religion also has a preponderant role in overcoming mourning, since it is used as a coping mechanism that is based on religious traditions that focus on theories about death and suffering, which end up helping and creating strategies (Bowker, 1970). That is why the psychologist should not ignore the religious beliefs of a patient. (Angarni, 2004). Taking all of this into account, we conducted a qualitative study with the objective of understanding the basis of psychologists about mourning and analyzing their training and experience on this matter. We also intend to understand the theoretical models as well as the intervention in the accompaniment of mourning and to explore the religious/spiritual foundations and the intervention procedures within those dimensions. A semi-structured interview was applied to 8 psychologists (2 trainees and 6 full members of OPP) as well as a sociodemographic questionnaire. The interviews were later analyzed based on the coding technique described by Saldaña (2013). The results reveal a lack of academic training in mourning, which leads psychologists to seek complementary training. In what concerns the religious dimension, results prove its importance in overcoming grief, which encourages its use in psychology treatment as a copying strategy

Keywords: grief; process of grieving; psychologists skills; academic training; religion and spiritualit

Abreviaturas

OPP- Ordem dos Psicólogos Portugueses

TCC- Teoria Cognitiva-Comportamental

DSM- Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

OP- Orientação para a Perda

OR- Orientação para o Restabelecimento

QSD- Questionário Sociodemográfico

Índice

1. Introdução.....	6
2. Processo de luto	8
2.1. Fatores de risco e fatores protetores do processo de luto.....	10
3. Modelos e perspectivas teóricas de intervenção	11
3.1. Modelo Processo Dual	13
3.2. Teoria Cognitiva-Comportamental no luto	15
3.3. Modelo de Reconstrução de Significado.....	18
4. Competências dos psicólogos no processo de luto	20
5. Religião e espiritualidade no processo de luto	22
5.1. Diferença entre religião e espiritualidade	23
5.2. Coping religioso	24
5.3. Religião no processo terapêutico	26
6. Metodologia.....	29
6.1. Objetivos	29
6.2. Abordagem.....	29
6.3. Processo de amostragem	30
6.4. Instrumentos	32
7. Resultados	35
8. Discussão.....	60
9. Conclusão	70
10. Referências Bibliográficas	74
11. Anexos	84
Anexo A- Consentimento Informado.....	84
Anexo B - Questionário sócio demográfico:	85
Anexo C - Guião da entrevista.....	87
Anexo D - Tabela categorização.....	88

Índice tabela

Tabela 1 Participantes.....	31
Tabela 2 Conceito e percepção do luto e perda.....	37
Tabela 3 Interesse no luto e perda.....	38
Tabela 4 Formação académica.....	40
Tabela 5 Experiência profissional e frequência do trabalho com o luto.....	43
Tabela 6 Intervenção no luto.....	47
Tabela 7 Percepção pessoal de intervenção com o luto.....	52
Tabela 8 Crenças religiosas.....	53
Tabela 9 Intervenção no luto com as crenças religiosas.....	56
Tabela 10 Serviços prestados e alterações dos mesmo no contexto nacional.....	59

1. Introdução

A morte de um ente querido é sem dúvida, uma das experiências mais angustiantes com as quais o ser humano se confronta ao longo da sua vida (Rebelo, 2013). Se por um lado traduz um sofrimento, quase insuportável pela perda de uma pessoa amada, por outro, traduz o confronto com a finitude humana. O luto, é a reação característica a uma perda significativa (Barbosa, 2010). O termo luto é, pois, empregado para designar uma diversidade de processos psicológicos, incitados pela perda de uma pessoa amada, qualquer que sejam os seus resultados (Bowlby, 2004). Importa evidenciar que a palavra “perda” pode estar associada a uma perda real ou simbólica (Parkes & Prigerson, 2013).

Por norma, até sermos confrontados com a perda de um ente querido (Sanders, 1999), o luto é visto como um “tabu”, o que poderá trazer dificuldades na forma como se encara a morte. O luto é o processo de reconstrução do sujeito após uma perda que pode prolongar-se durante meses ou anos, podendo tornar-se em luto patológico (Combinato & Queiroz, 2006).

O luto patológico no manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais 4^a edição (DSM-IV) (2002), está presente em forma de diagnóstico diferencial da perturbação depressiva major. Segundo este manual, o luto aparece como Perturbação de Adaptação com Humor Depressivo, desenvolvido em resposta a um stressor psicossocial, tal como a perda de um ente querido. Atualmente, tendo em conta o DSM-5, o luto está denominado como uma Perturbação de Luto Complicado Persistente, significando assim que estamos diante de uma intensificação dos processos naturais de um luto normal (tanto em relação ao tempo de duração e em relação ao comprometimento provocado pelos sintomas).

Sendo este um fenómeno de dor permanente acaba por estar diretamente relacionado com o trabalho dos psicólogos, sendo que estes requerem de um conhecimento necessário e apropriado para fornecerem apoio ajustado àqueles que sofrem uma perda (Silva, Carneiro, & Zandonadi, 2017). O papel do psicólogo é essencial na medida em que ajuda o enlutado a lidar ou encarar a perda de forma adaptativa e ajustada, favorecendo a reorganização das crenças acerca de si mesmo e do mundo. Pretende-se que o indivíduo crie um equilíbrio que lhe possibilite, não propriamente superar a perda, mas aprender a viver com ela (Weiss, 1988, cit. in Shapiro, 1994). Assim, o acompanhamento psicológico é eficaz na medida em que ajuda as pessoas que perderam um ente querido a enfrentar o luto de uma forma positiva (Worden, 1998). A abordagem

do acompanhamento terapêutico no luto é fundamental no auxílio às pessoas que estão a passar por um processo de luto, uma vez que proporciona a passagem pelo mesmo de uma forma mais fácil, levando a uma adaptação da perda para os enlutados, de modo a que estes sejam capazes de se ajustar à nova realidade de forma saudável e funcional, mesmo com a ausência da pessoa que faleceu, possibilitando ao enlutado a descobrir meios para que possa reinvestir nas suas emoções e na sua vida (Worden, 2013). A religião e a espiritualidade também têm vindo a ser reconhecidos como elementos fundamentais de apoio no luto, pois segundo Bowker (1970 cit in Vasconcelos, 2010) as tradições religiosas/espirituais originam teorias acerca do sofrimento e da morte, logo acabam por criar estratégias para lidar com o luto.

Segundo Ferreira, Lira, Siqueira e Queiroz (2013), têm-se observado algumas dificuldades por parte dos psicólogos em trabalhar com o luto. De acordo com Ober, Granello e Wheaton, (2012) que analisaram as competências de acompanhamento no luto em psicólogos, descobriram que os mesmos não tinham formação para trabalhar com o luto. Deste modo, torna-se relevante estudar o tema das competências dos profissionais de psicologia no processo de luto em contexto nacional, sendo que os estudos neste tema se têm revelado escassos.

Assim, a presente dissertação está dividida em três partes. Primeiramente diz respeito ao quadro de referências teórico que sustenta esta investigação, sendo composto por: explicação do processo de luto englobando os fatores de risco e protetores, os modelos e as perspetivas teóricas de intervenção do processo de luto, onde são expostos diversos modelos psicoterapêuticos e a sua eficácia no luto. É também abordando o papel da religião/espiritualidade na superação do luto. A segunda parte refere-se à metodologia, em que são apresentados os objetivos de investigação, o método de recolha de dados bem como o processo de análise dos mesmos. Neste último tópico é expectável a clareza do processo de recolha de dados, tendo em consideração o rigor na sua condução, as questões éticas e o papel do investigador e a posteriori os procedimentos na análise dos dados, orientados para a descrição clara do processo de codificação dos dados e a sua fundamentação. A última parte centra-se na descrição e discussão dos resultados obtidos de modo a satisfazer os objetivos da investigação bem como as conclusões deste estudo.

2. Processo de luto

O luto é um fenómeno complexo, em que o seu significado é construído social e culturalmente (Neimeyer, 2006), tornando assim complicado atribuir uma definição clara. Delahanty e Washburn (2014) definem o luto como reação normal à perda. Este é um processo de confrontação com a perda e de reorganização, pois afeta em termos emocionais, comportamentais, cognitivos, sociais, físicos e espirituais, fazendo com que a relação da pessoa com o ente querido sofra uma transformação, possibilitando que a pessoa continue a viver sem o falecido (Casellato, Franco, Mazorra & Tinoco, 2009). No entanto, este conceito não se limita apenas a morte, dado que pode ser vivenciado por perdas que atravessam a dimensão física e psíquica, como os elos significativos relativos a questões pessoais, profissionais, sociais e familiares da pessoa (Cavalcanti, Samczuk & Bonfim, 2013).

Segundo Caruso (1982 cit in Kovács, 2008), outro tipo de morte é a separação, sendo uma das experiências que causa maior dor ao ser humano. A separação, pode ser muitos dos casos pior que a morte, pois estamos perante a morte em vida. Segundo Barbosa (2010), as perdas podem ser diferenciadas entre perdas reais (associada a perda de uma pessoa, animal) ou simbólicas (perda de um ideal, de um objetivo). As perdas simbólicas, também são associadas ao desenvolvimento, como por exemplo, a infância para a adolescência, a vida adulta para a velhice, mudanças de casa, emprego, casamento/divórcio ou até mesmo o nascimento de um filho, pois a pessoa perde algo conhecido. Estes acontecimentos provocam angústia, medo e solidão, levando a que sejam associados a morte (Pereira & Pires, 2018).

Os termos luto, sofrimento e perda são frequentemente utilizados de uma forma intercambiável, no entanto têm significados diferentes. No que concerne ao sofrimento, este é uma reação involuntária e passiva ao estado de luto. As respostas complexas associadas ao sofrimento abrangem áreas afetivas, cognitivas, físicas, comportamentais, sociais e espirituais (Rando, 1995; Worden, 2002), sendo estas funções do domínio humano (Cook & Dworkin, 1992; Corr, Nabe & Corr, 2000). A perda envolve processos ativos de *coping* entre o luto e o sofrimento (Rando, 1995). Sanders (1999), conceitua que o luto revela a forma como a pessoa sofre depois de ter consciência da perda, sendo este um termo aplicado para descrever diversas emoções, mudanças, experiências que decorrem com o resultado da perda. Ainda que o luto seja um mecanismo universal, este é vivenciado de forma variável de pessoa para pessoa.

O luto sendo um processo natural e essencial para prosseguir a vida sem a pessoa que morreu, normalmente observa-se a existência de um obstáculo na sociedade em lidar com os sentimentos intrínsecos deste processo. Verifica-se também um decréscimo na qualidade de vida da pessoa enlutada conduzindo a um aumento da morbidade (Pereira, 2014).

Autores como Freud, Lindemann, Parkes, Helene, Deutsch, iniciaram as pesquisas sobre o luto desde muito cedo. Estes foram os primeiros a descrever termos psicológicos de encarar o luto tais como “ausentes”, “prolongados” e “intensos”. Esta visão patológica do luto fez com que Lindeman (1979) desenvolvesse o modelo médico para identificar os sintomas de luto normal e luto patológico. De acordo com este autor a normalidade era explicada pela duração do processo de luto. Esta dependeria do trabalho da pessoa que sofreu a perda, determinado pela libertação dos laços criados com a pessoa que faleceu, a readaptação com o meio envolvente e a conceção de novas relações (Lindemann, 1994, cit. in Middleton, Raphael, Martinek, & Misso, 1993, in Stroebe, Stroebe, & Hansson, 1993).

Por sua vez Parkes (1998) afirma a existência de várias formas de luto complicado. O luto crónico é uma das formas, este refere-se à reação perante a perda que se tornam constantes e duradouras. O autor considera esta forma de luto como uma desordem de apego, visto que há uma dependência emocional, fazendo com que a pessoa enlutada sinta que não é capaz de viver sem a pessoa que faleceu. O luto inibido também é uma das formas que o presente autor classifica para o luto complicado, afirma que é caracterizada pela inexistência de manifestações perante a perda. A pessoa enlutada ao adiar as reações perante a perda faz com que esta não elabore o luto.

De acordo com DSM-IV-TR (2002), o luto estava inserido como uma expressão de uma Perturbação Depressiva Major. Depois da perda de um ente querido, os sintomas apresentados pela pessoa poderiam ser em número e duração necessária para preencher os critérios de Episódio Depressivo Major, no entanto, segundo este manual, estes critérios devem ser atribuídos ao luto e não um Episódio Depressivo Major. O código V 62.82 diz respeito ao luto, “esta categoria pode ser usada quando o foco é uma reação à morte de um ente querido” e define o luto “como parte de reação à perda”, (DSM-IV-TR, 2002).

Atualmente o luto está classificado como uma Perturbação de Luto Complicado Persistente, compreendendo um conjunto critérios, como por exemplo: a pessoa ter

sofrido a perda por morte de alguém com quem mantinha uma relação próxima e apresentar sintomas como a saudade, magoa e choro frequente. A preocupação com a pessoa que faleceu ou da forma como esta morreu também é um dos critérios a ter em conta. Estes sintomas têm de estar num nível clinicamente significativo que persistem, no caso dos adultos, até 12 meses após a morte, e nas crianças até 6 meses. Estão também presentes critérios que abordam a vivência de sintomas como, a não aceitação da morte, a descrença que a pessoa faleceu, memórias que potenciem um mal-estar e sentimentos de raiva bem como avaliações desadaptativas sobre o próprio em relação à pessoa que faleceu ou à morte (ex: sentimentos de culpa), enorme evitamento lembranças como por exemplo evitar locais ou situações que façam recordar o falecido. Os indivíduos podem também desejar morrer por terem vontade de estar com a pessoa que faleceu. Os enlutados podem também sentir que a vida não tem significado ou que é vazia sem a pessoa que faleceu ou crença de que não conseguem funcionar sem a presença do falecido, experienciar uma diminuição do sentido de identidade e sentir que uma parte de si morreu e ter dificuldade em entrar em atividades, procurar relações ou projetar o futuro. A Perturbação do Luto Complicado Persistente, origina mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas de funcionamento. A reação do luto difere de acordo com as normas culturais, religiosas (DSM- 5, 2014).

As pessoas que experienciam um luto complicado têm tendência a reviver, várias vezes, as situações que levaram à morte do seu ente querido. Este facto leva ao isolamento, uma vez que estas pessoas demonstram incapacidade de se concentrarem noutras situações da sua vida, assim como ao afastamento das outras relações. Os pensamentos contínuos e perturbadores relacionados com a morte impossibilita os enlutados a saírem de uma sensação de luto aguda. Assim, o luto complicado propende a ser um estado de estagnação, pena de si mesmo e tristeza, mediante a perda (Prigerson, 2005).

2.1. Fatores de risco e fatores protetores do processo de luto

Bowlby (2004) foi um dos primeiros autores a identificar vários fatores que afetavam o curso do luto, embora tivesse reconhecido a dificuldade em identificar variáveis isoladas. Estas variáveis foram classificadas, pelo mesmo autor, em cinco tipos: identidade e papel da pessoa perdida; causas e circunstâncias da morte; contextos sociais e psicológicos que afetam o enlutado na época da perda e depois dela e a

personalidade do enlutado. Este autor destacou especificamente a personalidade, o comportamento de vinculação e a forma como o enlutado reage a situações stressantes.

Worden (2002), refere como fatores de risco, a importância do vínculo com o falecido, a natureza do relacionamento, a forma da morte, os antecedentes históricos, as variáveis da personalidade, variáveis sociais e stressores concorrentes. Por sua vez, Twycross (2003), dá destaque ao modo como a pessoa morreu e a natureza do relacionamento incluindo a percepção do apoio, o luto antecipado, as perdas anteriores e a história clínica. Globalmente, pode-se considerar que os fatores de risco no processo de luto amplificam o perigo de não superar o luto, recaindo no impacto da saúde mental e física e da rapidez de recuperação (Stroebe, Schut, & Finkenauer, 2001).

Já os fatores protetores que contribuem para a elaboração de um luto ajustado referem-se às cognições dos indivíduos (crenças religiosas, capacidade de encontrar sentido, otimismo face à sua recuperação, ter percepção de utilidade na prestação dos cuidados e no cuidar, e a continuidade das situações (como capacidade de programar atividades mediante as dificuldades que encara, capacidade de construir alternativas para uma problema, capacidade de comunicação, prestar autocuidado, capacidade para sentir emoções positivas e projetar atividades agradáveis) (Worden, 2009; Barreto, Yi & Soler, 2008).

3. Modelos e perspectivas teóricas de intervenção

O processo de luto pode ser explicado baseado em vários modelos e no trabalho neste âmbito, através das diferentes abordagens teóricas de intervenção que auxiliam o psicólogo a intervir. As intervenções terapêuticas para este tipo de fenómeno são centralizadas na perda, em que o psicólogo atua no sentido de simplificar o processo de luto, lidar com as circunstâncias da morte, rever a relação que foi perdida, expressar os sentimentos, fazer rituais, lidar com eventos stressores semelhantes e lidar com as novas condições da realidade. Ou seja, o papel do psicólogo é ajudar o enlutado a se dar conta da perda, ajudá-lo a falar sobre a perda, perguntar sobre a perda e ouvir pacientemente (Flach et al., 2012), bem como ajudar a pessoa a encontrar um novo significado, dado que existem evidências que revelam que a pessoa que atribui um novo significado são mais bem-sucedidas quando comparados à pessoa que está com dificuldade em encontrar um novo significado (Schwartzberg & Janoff-Bulman 1991).

Perante os diversos modelos e teorias do processo de luto, aqueles que a seguir passamos a especificar parecem-nos centrais numa abordagem histórica e são apontados como essenciais no entendimento do luto (Silva & Alves, 2011).

A primeira grande contribuição teórica sobre o luto foi proposta por Freud no livro “Luto e Melancolia” (1917) e, moldou bastante a intervenção dos psicólogos por quase meio século. Para Freud, o “trabalho de luto” refere-se a um processo de cortar os laços que ligavam o enlutado ao falecido. Esse rearranjo psíquico é constituído por três elementos: libertação do enlutado em relação à pessoa que faleceu, readaptação para as novas circunstâncias da vida sem o falecido e a construção de novos relacionamentos. Freud, acreditava que essa separação exigia o processo energético de reconhecer e expressar emoções dolorosas, como a culpa e a raiva. Considerava-se que se o enlutado não completasse o trabalho de luto, este tornar-se-ia complicado e aumentaria a probabilidade de uma doença física e mental e consequentemente comprometeria a recuperação.

Vários teóricos do luto qualificaram o luto como se estivessem seguindo uma série de fases previsíveis. (Kübler-Ross, 1969; Bowlby, 1980; Parkes & Weiss, 1983). O modelo mais conhecido talvez seja o que foi postulado por Kübler-Ross, este é composto por cinco fases do luto: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação. O modelo implicava que a falha em concluir qualquer um dessas fases resultaria em uma variedade de complicações. Embora existam estudos que pretendem apoiar os modelos de fases (Maciejewski, Zhang, Block & Prigerson, 2007), existem evidências que as reações à perda variam consideravelmente de pessoa para pessoa e que poucas pessoas passam pelas fases da mesma forma (Archer, 1999).

Worden (1983) desenvolveu um modelo baseado em tarefas, sugerindo que as pessoas precisam de trabalhar as suas reações para se adaptar à perda. O autor acredita que o conceito de tarefas se identifica mais com a conceção de “trabalho de luto” de Freud resultando, da parte do enlutado, uma tomada de ação e a perceção de que está ao seu alcance fazer alguma coisa para o resolver. As tarefas estabelecidas por Worden (2002) dizem respeito à aceitação da perda, trabalhar a dor do luto, adaptar-se ao ambiente onde está a faltar a pessoa que faleceu e reposicionar em termos emocionais a pessoa que faleceu e continuar a vida. Estas tarefas são concluídas quando o enlutado integrou a perda na sua vida e deixou de lado os vínculos emocionais, permitindo assim investir no futuro (Haegeman, 2008).

Os modelos teóricos centrados nas fases do luto chamaram atenção dos psicólogos, pois eles traziam um senso de ordem conceitual para um processo complexo e proporcionavam a recuperação e o término do luto. Porém, estes modelos são incapazes de captar a complexidade, a diversidade e a qualidade idiossincrática da experiência de luto. Os modelos de fases ou tarefas não abordam as multiplicidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, vivenciadas pelas pessoas em processo de luto (Downe-Wanboldt & Tamlyn, 1997), tornando-se assim impopulares, uma vez que eram conceituadas como muito rígidas. Estes modelos têm tendência a patologizar as reações da maioria das pessoas que não passam pelas fases/tarefas. Desta forma, tendo por base este facto e a falta de apoio empírico, a generalidade dos investigadores chegou à conclusão de que a ideia de uma sequência de fases não é particularmente útil (Stroebe et al., 2001).

Tendo em consideração estes fatores, Stroebe e Schul (1999) elaboraram o seu próprio modelo representativo do processo do luto, este modelo assenta na ideia vincada de que existem outras dimensões a considerar no processo de luto além da perda. O referente modelo é descrito de forma mais detalhada bem como a sua eficácia no processo de luto no ponto 3.1. Existem ainda outros modelos que conseguem identificar padrões e relações no sofrimento complexo e a forma como a pessoa reage à experiência, tal como a teoria cognitiva comportamental, detalhada no ponto 3.2 e a teoria de reconstrução de significado, descrita no ponto 3.3.

3.1. Modelo Processo Dual

Stroebe e Schut (1999), sustentaram a origem do modelo na diversidade dos fatores stressantes relacionados com perda de um ente querido e ao processo de luto, tendo em simultâneo a ponderação da utilização das estratégias de *coping* necessárias e pertinentes para lidar de forma mais adequada com este acontecimento de vida marcante (Stroebe & Schut, 1999), distinguindo o *coping* orientado para a perda e o *coping* orientado para o restabelecimento. Os mesmos autores mencionam que não podemos responder concomitantemente ao *coping* orientado para a perda e ao *coping* orientado para o restabelecimento, demonstrando que estes processos acabam por ser dinâmicos. Esta compreensão de oscilação é, portanto, um processo cognitivo formado por um mecanismo no qual a pessoa em luto orienta a sua atenção tanto para a perda como para o restabelecimento.

O modelo do processo dual, é então composto por três dimensões, orientação para a perda, orientação para o restabelecimento e oscilação. Cada uma destas orientações reflete a resposta a stressores que surgem com a perda: stressores da própria perda, da quebra dos laços com o ente querido, e por outro lado, ligados à restauração, à resposta aos desafios para seguir a sua vida individual sem o ente querido. Cada sujeito pode optar por confrontar ou evitar os fatores stressantes de perda e de restabelecimento.

Na orientação para a perda a pessoa enlutada centraliza a sua atenção em aspetos da perda relativos à pessoa falecida, como por exemplo, os laços afetivos e focam-se nas circunstâncias da morte (Hansson & Stroebe, 2007; Stroebe & Schut, 1999). A orientação para o restabelecimento diz respeito aos efeitos secundários da perda que criam fontes de stress com as quais a pessoa enlutada precisa de lidar, bem como à decisão de como o irá fazer (Hansson & Stroebe, 2007). A oscilação surge como a dimensão mais distintiva deste modelo, esta dimensão remete para a alternância entre a orientação para a perda e a orientação para o restabelecimento. Num certo momento, a pessoa enlutada confrontará um determinado aspeto da perda; noutro, impedirá memórias, procurará distrair-se, e, deste modo, não lidará com algum aspeto da perda, no entanto poderá existir momentos, em que se tornará preciso confrontar aspetos secundários à perda, como cumprir tarefas que antes eram da responsabilidade do falecido (Hansson & Stroebe, 2007).

Lund, Caserta, Rebecca e Vires (2010) analisaram a eficácia do modelo de processo dual em homens e mulheres viúvos com mais de 50 anos recentemente enlutados. Compararam um grupo dos enlutados, que recebeu uma intervenção assente na Orientação para a Perda (OP) e Orientação para o Restabelecimento (OR), e outro grupo que apenas recebeu intervenção centrada na OP.

Primeiramente descreveu-se as experiências dos conjugues recentemente enlutados que participaram na intervenção, que abarca as duas dimensões (OP e OR). De seguida, analisaram se o processo de OP e OR foram aprimorados em cada uma das duas condições deste estudo, ou seja, o modelo dual de compreensão das reações dos indivíduos versus o grupo de comparação.

O grupo que recebeu intervenção das duas dimensões apenas teve 7 das 14 sessões prevista para a dimensão OR, enquanto todas as 14 sessões dentro do grupo de comparação foram direcionadas exclusivamente para OP. As sessões centradas nas duas

dimensões oscilaram entre OR e OP de modo simular a oscilação entre as dimensões. O grupo inserido na intervenção com OP e OR tiveram menos sessões de OP, no entanto, o conteúdo dessas sessões era o mesmo dos grupos de comparação de OP. Neste estudo participaram 298 participantes, realizaram um pré-teste e uma avaliação pós-intervenção. A intervenção mostrou que 98% dos participantes estava satisfeito com o resultado da implementação do modelo dual de processo do luto, apesar de terem tido menos seis sessões de OR exibiram níveis similares na fase de OP.

Também Shear, Frank, Houck e Reynolds (2005), para indivíduos que apresentavam sintomatologia derivado do luto complicado, implementaram processos postulados pelo modelo dual que incluía tarefas orientadas para a restauração. Os resultados demonstraram que esta intervenção foi mais eficaz do que a intervenção com recurso à psicoterapia interpessoal realizada no grupo de controle, no luto, na relação entre sintomas, luto e problemas interpessoais, e avaliação mais realista da relação com o falecido.

Um estudo realizado em contexto nacional por Ferreira-Alves e Ferreira da Silva (2006) com o objetivo de fundamentar empírica e narrativamente a teoria da oscilação tal como proposto por Stroebe e Schut (1999), observando e debatendo o comportamento das suas componentes (orientação para a perda, orientação para o restabelecimento e oscilação). Participaram neste estudo 20 mulheres que sofreram a perda do seu marido nos últimos 5 a 47 meses. Os investigadores concluíram que, existe uma predominância da orientação para a perda e uma variância nas diferentes orientações. Contudo, apenas 2 participantes apresentam mais orientações para o restabelecimento do que orientações para a perda e 3 participantes apresentam mais oscilações do que orientações para a perda. Segundo os autores se considerarmos o conjunto de orientações para a perda somados com as oscilações, verificaram que 7 participantes detiveram mais quantidade dessas orientações do que orientações para a perda, sendo que, esta última poderá ser uma boa medida indicadora de que embora, na maioria dos casos, os processos de orientação para a perda sejam os mais prevalentes em termos absolutos.

3.2. Teoria Cognitiva-Comportamental no luto

Importa ainda referir que um dos modelos mais utilizadas por parte dos psicólogos para auxiliar na superação de uma perda é a Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC). De acordo com a TCC, os sujeitos atribuem significados a

acontecimentos, a sentimentos e com base nisso comportam-se de determinada forma e constroem diversas hipóteses sobre o futuro e sobre a sua própria entidade. No âmbito do luto, o trabalho com este modelo visa identificação de recursos disponíveis e avaliar quais são as principais preocupações da pessoa.

A TCC tem como base a centralidade nos problemas que são expostos pelo indivíduo no momento em que este procura a terapia, sendo objetivo ajudá-lo a descobrir novas estratégias para atuar no ambiente de forma a adaptar-se às mudanças necessárias. Esta terapia assenta na colaboração entre o psicólogo e o utente, de modo a que as estratégias para a superação dos problemas reais sejam planeadas em conjunto (Lima & Wielenska, 1993). Para isto acontecer, é necessário ter em conta as crenças do utente que sofreu a perda e dos seus pensamentos disfuncionais (Basso & Wainer, 2011). Outro objetivo deste modelo é aumentar as características adaptativas e ajudar na tomada de decisões bem como na procura de estabelecer novas atividades e relacionamentos com o propósito de melhor superação da perda, pois o psicólogo tem como objetivo auxiliar o utente na capacidade de encarar a perda do ente querido de uma forma adaptativa e encorajar o sobrevivente a criar novos laços relacionais. Dentro da TCC existem técnicas que auxiliam no processo terapêutico do luto tais como a psicoeducação, onde o terapeuta explica ao paciente o modelo da terapia e funcionamento mal ajustado de modo a facilitar a compreensão referente a perda sofrida. Outra técnica utilizada é o registo de pensamentos disfuncionais que é utilizado para verificar que pensamentos passaram pela mente do paciente perante uma situação dolorosa (Beck, 1997).

Zwielewsk e Sant'Ana (2016), realizaram um estudo de caso a uma mãe enlutada, utilizando a intervenção cognitiva comportamental. Esta intervenção contou com 14 sessões com dois encontros semanais, sendo estas distribuídas em 3 fases. A fase 1 consistia na aplicação de instrumentos que avaliaram a ansiedade, psicoeducação sobre as fases do luto e as alterações cognitivas, identificação de distorções cognitivas da paciente relacionadas com o luto, auxiliar a paciente a reconhecer a perda e utilizar técnicas para reduzir a ansiedade. Na fase 2 o pretendido foi realizar uma psicoeducação sobre o efeito das distorções cognitivas na emoção e no comportamento, questionamento dos pensamentos disfuncionais da paciente relacionada com o luto, nomeação de uma figura de apoio e reorganização do sistema familiar e redistribuição de papéis. Na última fase o objetivo era propiciar uma readaptação do sujeito à vida

quotidiana, investindo em novas relações e objetivos de vida bem como prevenir recaídas.

Relativamente aos resultados deste estudo de caso verificou-se que a pessoa na 8ª sessão (incluída na fase 2), já apresentava resultados como humor menos deprimido, menos ansiedade e uma maior aceitação da morte do seu filho, após a realização de uma reestruturação cognitiva, a paciente passou a cometer menos distorções cognitivas e readaptou-se à sua vida quotidiana, conseguindo estabelecer novos objetivos de vida. Uma outra evidência da eficácia desta terapia neste estudo de caso é de esta mãe ter conseguido desempenhar as tarefas que até então eram desempenhadas pelo filho já falecido e redistribuir pelos restantes filhos. Deste modo, a terapia cognitiva-comportamental revela ter eficácia terapêutica para pacientes enlutados. (Fleming et al., 2001).

Também Silva e Nardi (2010) demonstraram os resultados de uma intervenção com o recurso à terapia cognitiva comportamental, a partir de um protocolo composto por técnicas cognitivas e comportamentais que proporcionavam a readaptação da pessoa à sua vida (Silva, 2009). Foram realizadas 12 sessões durante 3 meses, utilizando técnicas como a psicoeducação (1º mês), esclarecendo as fases do luto, alterações cognitivas, fisiológicas e comportamentais. Foi também trabalhado a aceitação da realidade bem como a estimulação da pessoa para partilhar a experiência abordando os rituais de despedida. No 2º mês, a intervenção centrou-se na resolução de problemas, a criação de uma rede de suporte e reorganização do sistema familiar bem como dos papéis que desempenham. Por fim, proporcionou-se o reajuste da pessoa à vida quotidiana. De acordo com os resultados deste estudo, a terapia cognitiva comportamental revelou-se eficaz uma vez que foi capaz de reduzir sintomatologia ansiogénica na mãe, sentimentos de desesperança, exaustão, desejo de morte perante o falecimento do seu filho, demonstrando assim a redução de sintomas físicos e psicológicos na elaboração do luto.

Shear, Frank, Foa, Cerry, Reynolds, Bilt e Masters (2001) acompanharam 21 pessoas enlutadas que sofreram uma perda significativa entre 3 meses a 9 anos. Após várias desistências por parte dos participantes completaram a intervenção 13 enlutados diagnosticadas com depressão e com perturbação de stress pós-traumático. A intervenção contou com 16 sessões ao longo de 4 meses com base na psicoterapia interpessoal para o tratamento da depressão e no modelo cognitivo comportamental para

a perturbação de stress pós-traumático. Os objetivos da intervenção com uso ao modelo cognitivo comportamental consistiam na redução da intensidade da dor do luto promovendo e facilitando a capacidade de recordar memórias da pessoa falecida, e apoiando o envolvimento no dia a dia através de atividades e relacionamentos com os outros. Os autores puderam constatar que os resultados do tratamento utilizando o modelo cognitivo comportamental foram substancialmente melhores, reduziu a sintomatologia de luto complicado na maioria dos participantes comparando com o grupo que recebeu tratamento com base na psicoterapia interpessoal.

3.3. Modelo de Reconstrução de Significado

O modelo de reconstrução de significado (Neimeyer, 2012) inclui-se no panorama contemporâneo relacionado com as perspetivas construtivistas sobre a natureza da vida humana e da perda (Neimeyer, 2009; Neimeyer & Bridges, 2003), assim, o presente modelo, é uma inclusão de vários trabalhos construtivistas (Gillies & Neimeyer, 2006). Gillies e Neimeyer (2006), apresentam um modelo conceptual que entende que o luto é um processo ativo de procura pela reconstrução de significado perante a perda significativa de um ente querido, referindo que o facto de reconstruir um significado, auxilia a pessoa que está em luto a ajustar a um mundo modificado, refletindo na dimensão social, comportamental, fisiológica e psicológica.

Segundo este modelo, o processo de reconstrução de significado conduz a novas estruturas de significado, onde o enlutado interpreta o mundo de uma forma diferente, dado que há novas atividades e reavaliação de prioridades, crescimento pessoal, novas perspetivas, novo entendimento em relação à dimensão religiosa e novas relações e restabelecimento da relação com a pessoa que faleceu (Folkman, 1997; Lopata, 1973; Bowlby, 1985; Taylor & Armor, 1996; Janoff-Bulman & McPherson, 1997). Possuir novas estruturas de significado é considerado benéfico para a pessoa dar sentido à sua experiência e por conseguinte diminuir sintomas de mal-estar (Gillies & Neimeyer, 2006).

Os objetivos fundamentais terapêuticos, deste modelo, centram-se na facilitação da construção de significados que sejam mais adaptativos e flexíveis em relação à perda, permitindo uma assimilação saudável dessa experiência na vida do enlutado (Alves, Mendes, Gonçalves, & Neimeyer, 2012; Neimeyer, 2012). Assim, o ajustamento ao luto

está associado à capacidade de dar sentido à nova realidade de vida após a perda (Alves et al., 2012; Neimeyer, 2009).

Deste modo, pretende-se que a pessoa enlutada restabeleça o equilíbrio, criando estratégias que possibilitem ligar ao passado, ao presente e ao futuro (Neimeyer, 2000, 2006). Esta concepção, permite um avanço na forma de encarar o luto e atualmente tem sido alvo de uma atenção especial. À pessoa é conferido um sentido de autoria experiencial (Gonçalves, 2002; Neimeyer, 2006), sendo a protagonista das suas narrativas, e tem, através da terapia, a oportunidade em ouvir-se de fora, de exteriorizar os seus sentimentos e pensamentos (Andrade, 2010).

Quando os enlutados são bem-sucedidos em encontrar significado, as evidências indicam que eles se sentem melhor que as pessoas que tentam dar sentido à experiência. Estudos relatam que conseguir reconstruir o significado está relacionado com um luto menos intenso (Schwartzberg & Janoff-Bulman, 1991), maior bem-estar subjetivo (Stein, Folkman, Trabasso & Richards, 1997) e funcionamento mais positivo do sistema imunológico (Bower, Kemeny, Taylor & Fahey, 2003).

Também Keesse, Currier e Neimeyer (2008), realizaram um estudo sobre a capacidade de pais enlutados encontrarem significado após a perda de um filho. A capacidade de fazer sentido neste estudo, foi definida como tomada de sentido (compreensão da perda) e descoberta de benefícios (encontrar algo positivo a partir da perda). Os investigadores entenderam que certas variáveis contribuíram mais para sintomas de luto complicado, incluindo relação com o falecido, violência ou trauma envolvido na morte e o tempo decorrido desde a perda. Os autores descobriram que, mesmo quando essas variáveis eram controladas, a incapacidade ou a falta de sentido para a perda previam aumento da severidade do luto em pais enlutados, enquanto que aqueles que relataram que conseguiram perceber a perda e criar um novo significado descreveram menos sintomas de luto complicado, indicando assim que reconstruir um novo significado face à perda auxilia a lidar de uma forma mais eficaz perante a dor de perder alguém.

No estudo de Peri, Hasson-Ohayon, Garber, Tuval-Mashiach & Boelen (2016), onde utilizaram a terapia de reconstrução narrativa, proposta por Neimeyer, no processo de luto patológico de uma mulher de 35 anos, com dificuldades em aceitar a perda do pai. A intervenção decorreu ao longo de 14 sessões durante 3 meses com o objetivo de reduzir os sintomas de luto e de depressão melhorando as relações que mantinha. Ao

longo do processo terapêutico, foram registadas algumas alterações a nível de estabilidade nos relacionamentos aliando esta melhoria ao processo de terapia. Os resultados desta intervenção indicam uma diminuição clinicamente significativa nas medidas psicopatológicas, passando de depressão moderada a depressão leve após 3 meses de terapia sendo que, a melhoria dos sintomas de luto patológico foi associada a um aumento nas medidas de organização narrativa. Mostrando uma mudança significativa manifestada por uma narrativa mais longa e mais organizada indicado pela diminuição das repetições e pensamentos desorganizados e pelo aumento da percentagem de pensamentos organizados.

4. Competências dos psicólogos no processo de luto

Relativamente à formação académica acerca do luto este é um dos temas menos estudados e debatidos na formação académica dos psicólogos. Para Kovács (2012), o tema da morte é importante de ser inserido na formação do psicólogo, devido ao facto de que a vida leva a morte, sendo que a morte está presente desde o início do nascimento de uma pessoa. Uma outra ideia deixada pela mesma autora é que um profissional de saúde, nomeadamente o psicólogo, depara-se com este tema no seu quotidiano, assim como outros profissionais de saúde. Mas, além desta situação, o psicólogo encara a morte em diversos contextos, tais como em escolas, organizações, clínicas e, atualmente o psicólogo tem tido um papel importante em situações de emergência e catástrofes.

As consequências da ausência da temática do processo de morrer e da morte na formação desses profissionais foram abordadas em diferentes publicações nos últimos anos e explicitam diversas consequências negativas, como sofrimento psíquico, depressão, stress, angústia, síndrome de burnout, entre outros (Kovács, 2008).

A formação dos profissionais da área de saúde para o debate sobre a morte na vida humana, só começaram a aparecer recentemente. Muitos jovens profissionais, como o psicólogo, são educados para conter os sentimentos e não criar uma ligação com os utentes (Kovács, 2003). É de extrema importância a inserção do tema da morte na formação do psicólogo pois, como profissional da área de saúde, ao lado de médicos e enfermeiros, a morte passou a fazer parte de seu quotidiano profissional. Outro aspeto importante na formação de um psicólogo é o seu relacionamento com os pacientes. É necessário reconhecer fatores psicossociais e lidar com eles pois podem interferir na sua adesão e superação no processo de luto (Ferreira & Queiroz, 2010).

Na prática clínica, o psicólogo necessita de estar preparado para reconhecer processos mórbidos ou autodestrutivos presentes nas atitudes, nem sempre conscientes, de seus utentes. Nos processos de enlutamento, nas chamadas “pequenas mortes”, como postulado por Kovács (1996), as perdas ou separações de pessoas importantes ou aquelas que envolvem processos de mudanças de vida precisam de acompanhamento psicológico ou de psicoterapia.

As competências de intervenção no luto são importantes e necessárias no campo do acompanhamento psicológico na saúde mental para fornecer uma base que todos os terapeutas trabalhem a partir da experiência da dor do mesmo e do utente e de como isso afeta a vida diária de uma sociedade em crescimento com a perda (Ahmed, Wilson, Henriksen Jr., & Jones, 2011).

De acordo com Smith, Klaus, Russel e Skinner (2009), é importante que os psicólogos sejam educados, treinados e competentes no processo terapêutico, porque as pessoas experienciam um período de perda em algum momento durante a sua vida. Segundo Gamino e Ritter (2012), os psicólogos devem esforçar-se continuamente para alcançar a competência profissional através da educação continuada e participar em *workshop's* para promover o crescimento profissional da pessoa na obtenção de conhecimento atualizado e habilidades atuais no acompanhamento do luto.

Numa investigação executada por Charkow (2002) onde descobriu que mais de 50% dos 147 membros da “American Association of Marriage Family Therapy” e da “International Association of Marriage and Family” que foram entrevistados não possuem nos seus programas de pós-graduação, disciplinas de preparação para o luto. A maioria dos entrevistados relatou menos de 10 horas de formação e desenvolvimento profissional, considerando assim que a preparação em geral na área do luto é escassa.

Os resultados do estudo sugeriram que a maioria dos terapeutas entrevistados acreditava ter as competências pessoais necessárias para fornecer acompanhamento eficaz sobre o luto. Essas competências pessoais incluem a prática de bem-estar e autocuidado, atitudes e crenças sobre a morte, o senso de humor, a espiritualidade e a indicação da autenticidade e da empatia nas interações com os outros. No entanto, quando se tratava de escalas que avaliavam o conhecimento e as aptidões relacionadas com o acompanhamento no luto, os entrevistados mostraram valores muito mais baixos. Esses itens incluem avaliação de problemas de luto não resolvidos, conhecimento de teorias de luto, capacidade de fornecer aos pacientes psicoeducação relacionados ao

luto, facilitando sessões de acompanhamento do luto e tratando questões relacionadas com o sofrimento.

Em resumo, os entrevistados consideravam-se competentes em relação aos fatores pessoais necessários para o acompanhamento do luto, mas consideravam-se menos competentes quando se tratava de conhecimento e habilidades (Charkow, 2002). Este estudo forneceu uma distinção importante na medida em que separou o acompanhamento do luto em múltiplas facetas e explorou as diferentes áreas que o compõem.

Smith (2003), realizou um estudo com 257 psicólogos, com o objetivo de investigar o impacto da formação/experiência com o sofrimento e a autoeficácia de acompanhamento na prática dos psicólogos em lidar com a morte, tanto pessoal como profissionalmente. Este constatou que as competências de acompanhamento no geral e formação específica sobre o sofrimento explicam 35% das aptidões nas competências auto percebidas dos psicólogos. Os resultados também sugeriram que os indivíduos que tinham uma alta autoeficácia de acompanhamento e consciência dos seus valores e atitudes sobre a morte, consideravam-se mais capazes de expressar os seus sentimentos em relação à perda. Com base nos resultados, o investigador concluiu que os psicólogos beneficiam de uma formação específica sobre questões de acompanhamento no luto.

Nem todos os estudos concordaram que os psicólogos não estão preparados para trabalhar com o luto. Stephenson (1981) pesquisou 119 psicólogos, membros da “Marriage and Family Therapists”, constatou que 60% dos participantes afirmaram que se sentiam competentes em intervir no luto. Dentro dos 60%, 90% relataram ter uma preparação limitada ou nenhuma para intervir no luto nos programas educacionais. No entanto, 80% dos participantes com uma preparação limitada ou nenhuma declararam que não havia tempo suficiente para a haver uma disciplina que aprofundassem a educação para a morte. Quando perguntado sobre a importância da educação para a morte, 97% responderam que havia necessidade de educação formal.

5. Religião e espiritualidade no processo de luto

A religião e a espiritualidade têm tido um grande destaque nos últimos anos, no entanto estas dimensões estiveram durante muito tempo afastadas, pois a psicologia procurava ser reconhecida como ciência e levou com que conceitos referentes à religião e à espiritualidade fossem recusados já que poderiam constituir discussões ao nível da

função do psicólogo, dado que não se pretendia que esta classe de profissionais fosse confundida com um pregador (Pessanha & Andrade, 2009). De acordo Kluber-Ross (2005), a religião tem um papel crucial na relação com o sofrimento, uma vez que poderia significar uma recompensa. Porém, hoje em dia, o homem ficou mais individualista alegando que não necessita da religião colocando de lado esta dimensão. Parkes (1998) evidencia que as pessoas com crença religiosa têm maior propensão para ter uma saúde mental melhor, bem como lidar de um modo mais adaptativo com o processo de luto.

Quando se fala em estratégia de superação da morte constata-se que o uso destes fenómenos está muito presente na subjetividade de cada pessoa. Assim, existe uma crescente necessidade de compreender o impacto que a religião e a espiritualidade têm para lidar com a morte e até que ponto ajuda ou dificulta a relação terapêutica. (Margon, 2015). Em Portugal, segundo os censos de 2011, 81% da população é católica o que poderá indicar que grande parte da população portuguesa tem uma elevada ligação com a religião, ou seja, muitas das pessoas que procuram os psicólogos esperam que estes validem as suas crenças, práticas e experiências religiosas. Assim, muitos utentes, podem querer que a sua vivência religiosa faça parte do seu processo terapêutico (Borges, 2015).

5.1. Diferença entre religião e espiritualidade

É relevante clarificar os conceitos de religião e espiritualidade. A religião é um sistema disposto por crenças e práticas relativas a uma instituição religiosa organizada. É ainda importante distinguir religiosidade intrínseca de extrínseca. Segundo Payne (1991) cit in Neto (1997), a perspetiva intrínseca é um compromisso onde a religião é vista como um fim, vivida de modo não egocêntrica, preocupando-se mais com os princípios do que com as consequências. Por sua vez, a religiosidade extrínseca, é a religião de conforto e convenção social, é funcional, serve a si próprio, subordina a religião a objetivos não religiosos (Kahoe, 1985, cit in Neto, 1997). Ou seja, a pessoa motivada intrinsecamente vive a religião, enquanto a motivada extrinsecamente, usa a religião (Allport & Rosse, 1967, cit in Neto, 1997).

Já a espiritualidade diz respeito à pessoa que acredita, valoriza ou tem devoção por algum poder considerado superior, não possui forçosamente crenças religiosas ou devoção por qualquer religião (Faria & Seidl, 2005). A espiritualidade está

estritamente associada à esperança, dado que pode auxiliar na angústia devido à finitude trazida pela morte (Levin, 2003).

Kovács (2007) cit in Souza (2013) afirma que espiritualidade é consideração uma dimensão transcendente. Esta compreende a percepção de uma forma superior podendo estar relacionada com uma entidade divina ou superior.

Franco (2002) salienta a relevância da espiritualidade no enfrentamento da perda e destaca que a psicologia tem descurado a espiritualidade quando, na verdade, ambas, psicologia e religião, tendem a convergir em seu intuito de ajudar e de compreender o sofrimento humano.

5.2. *Coping* religioso

Em relação ao envolvimento religioso, a literatura tem-se centralizado em quatro aspetos: conexão religiosa; práticas religiosas privadas (meditar, rezar, leitura de textos religiosos) e *coping religioso* (o sujeito socorrer-se à religião para enfrentar os problemas do quotidiano) (George, Ellison, & Larson, 2002). É comum que as pessoas religiosas descubram estratégias de construção cognitiva de natureza religiosa, quando se deparam com acontecimento stressantes como por exemplo o luto, especialmente em situações que os próprios recursos de superação sejam inadequados para ultrapassar as mudanças devidas a perda sofrida. (Pargment et al., 1998), utilizando assim a religião como uma estratégia de *coping*.

Antes de falar de *coping*, temos que ter em ponderação que este é influído pela cultura, uma vez que, esta pode modelar as apreciações da situação, o sistema de orientação das pessoas no mundo e as estratégias de *coping* que podem ser instruídas e privilegiadas em determinado contexto sociocultural (Faria & Seidl, 2005). Tix e Frazier (1998) denominaram o *coping* religioso de estratégias cognitivas ou comportamentais advindas da religião ou da espiritualidade da pessoa para lidar com situações como o luto (Fara & Seidl, 2005). O *coping* religioso é considerado um meio específico para lidar com os desafios e mágoas da vida, relacionada com o sagrado (Pargament & Ano, 2004), tratando-se de um método dinâmico, que representa interações mútuas entre a religião e outros processos de vida, designadamente os acontecimentos de vida, o género, a identidade, as transições contextuais e o contexto. Sabe-se que o *coping* religioso abrange distintas formas entre diferentes grupos religiosos e culturas e que prediz alterações significativas na saúde mental ao longo do tempo.

De acordo com Pargament (cit in Kelley & Chan, 2012) o objetivo e dos mecanismos do *coping* religioso, estão relacionados com os cinco objetivos primordiais da religião: controlo, conforto espiritual, procura de significado, intimidade com Deus e com outros membros da sociedade e transformação de vida. No entanto, enfatiza que os resultados do *coping* religioso são regulados por três fatores: indivíduos religiosos; mais eficazes em situações de limite e, por último, pertencendo a uma certa religião.

Hays e Hendrix (2008) defendem que o *coping* religioso no processo de luto é bastante relevante por realçar a atribuição de significados, ou seja, são permeados por crenças religiosas. Além disso, o processo de luto está diretamente relacionado com as práticas religiosas organizadas, como por exemplo as missas, e as não organizadas como a leitura da bíblia. Normalmente as pessoas religiosas descobrem estratégias de formação cognitiva de natureza religiosa, quando estas se defrontam com acontecimentos de vida stressantes como o luto (Pargament et al., 1998). Frequentemente, os psicólogos apresentaram uma propensão para categorizar o *coping* religioso como uma forma de *coping* evitante, um procedimento defensivo e passivo para reprimir os problemas, entregando-os a um Deus imaginário. Embora possamos deparar com sujeitos que empregam a religião deste modo, é também viável encontrar muitos exemplos de pessoas que usam a religião como estratégia de *coping* para lidar com o sofrimento psicológico. Os estudos empíricos têm mostrado que a religiosidade está mais próxima e frequentemente relacionada com formas ativas de *coping* (Pargament & Ano, 2004).

Muitos estudos revelam uma relação positiva entre religião, espiritualidade e o funcionamento psicológico (Bergin, Masters, & Richards, 1987; Gartner, Larson & Allen, 1991; Koenig, 1997; Payne, Bergin, Bielema & Jenkins, 1991). Pardini, Plante, Sherman e Stump (2000) descobriram que a alta fé e espiritualidade religiosa estavam positivamente correlacionadas com menos ansiedade, melhores habilidades de superação, maior resistência ao stress e orientação para uma vida otimista. Os profissionais de psicologia estão a considerar cada vez mais importante as crenças religiosas e espirituais na conceitualização dos pontos fortes dos seus pacientes e no seu trabalho para uma recuperação significativa (Richard & Bergin, 2005; Sperry, 2000). Atualmente, os psicólogos vêm as crenças religiosas e espirituais como recursos poderosos para promover as mudanças no processo terapêutico. (Cashwell, & Young, 2011). Num estudo de Panzini, Rocha, Bandeira e Fleck (2007), realizado com 44

viúvas, a maioria das que se consideraram como mais religiosas revelaram uma qualidade de vida mais estável nos últimos cinco anos após o falecimento dos maridos. A frequente prática religiosa, a participação em acontecimentos sociais e o facto de serem membros de alguma instituição religiosa levou a uma maior estabilidade na qualidade de vida.

5.3. Religião no processo terapêutico

A religião foi aceite na psicologia uma vez que 82% dos membros da American Psychological Association (APA) consideram a religião benéfica para a saúde mental (Delaney, Miller & Bisonó, 2007). No entanto, apesar desta aceitação, pouco mais da metade dos membros da APA avalia regularmente a religião ou a espiritualidade de um utente; (14% avaliam sempre, e 37% avaliam com frequência) e pouco mais de um quarto vêem questões espirituais ou religiosas como regularmente relevantes para o tratamento (3% consideram sempre relevantes, 23% frequentemente relevantes). No entanto, para grande parte dos psicólogos ainda é difícil trabalhar com o divino, sendo que nos currículos académicos a religião não está inserida e muitos não são crentes levando a que estes profissionais de saúde mental não se interessem pela religião e, por isso, sobrepõem os princípios dos modelos teóricos à experiência religiosa do utente.

A grande dificuldade que os psicólogos se deparam ao tentar entender a religiosidade do utente é a de encarar os seus próprios preconceitos. Para ter respeito pelas crenças religiosas da pessoa que procura ajuda, é essencial separar os significados que têm sobre algumas religiões e más experiências que tenha tido. No entanto, é improvável que os terapeutas não estejam recetivos às crenças, aos valores bem como a forma de estar no mundo dos seus pacientes, o que ocorre é por vezes não saberem quando e como o fazer (Post & Wade, 2009).

Certos estudos indicam que a generalidade dos terapeutas não partilham das mesmas crenças religiosas que os seus utentes o que faz com que não reconheçam nem consideram as suas experiências religiosas o que prejudicar a construção da aliança terapêutica (Shumway & Waldo, 2012). Todavia, há estudos que revelam que as pessoas que procuram ajudam desejam que as suas crenças religiosas e espirituais sejam integradas no percurso terapêutico (Larimore, Parker & Crowther, 2002). A aptidão do terapeuta de integrar as necessidades dos utentes e as suas expectativas é fundamental para a implementação de uma boa aliança terapêutica. Deste modo, é indispensável que o profissional de psicologia não desconsidere a ligação utente-religião para que se crie

empatia entre terapeuta e utente. Assim, possibilitará que o utente se sinta reconhecido sendo a sua crença seja igual ou não à do terapeuta.

Existe uma série de razões para incluir a crença religiosa do utente no processo terapêutico. Em primeiro lugar é o facto de que a religião é uma parte da vida de muitas pessoas e ignorar isso significa colocar de lado uma parte da pessoa. A integração da religião da pessoa no processo terapêutico pode fornecer informações sobre a perceção que têm acerca de si mesmo, sobre a importância que esta tem na superação e recuperação (Fallot, 1998). Além disto, avaliar as crenças do utente permite que o terapeuta construa uma compreensão da estrutura moral do utente, visão de mundo, lutas e realidade interior, o que poderá ajudar a promover empatia com o utente (Bergin, Payne, & Richards, 1996).

Um outro aspeto importante de referir é o de que as crenças pessoais dos psicólogos não devem influenciar ou entrarem em discordância com as do paciente, pois seria um erro ético grave bem como tentar impor uma religião. O psicólogo deve estar apto para questões que não vão ao encontro das suas próprias crenças e saber acolher o paciente de fora a legitimar as crenças do mesmo. O profissional deve também ter atenção quando referir alguma religião ou algo espiritual, uma vez que é necessário averiguar que aquele paciente ou família é crente ou não tem qualquer relação com a espiritualidade ou religião. Portanto, é importante respeitar o espaço do paciente, ou seja, esperar que o mesmo leve para terapia estes fenómenos (Penha & Silva, 2012). As características do terapeuta, embora os utentes possam procurar os terapeutas que compartilham seu sistema de crenças como uma forma de promover conexão e compreensão, um terapeuta não precisa realmente ter uma crença religiosa específica para poder integrá-lo explicitamente na terapia (Hook, 2010).

Há preocupações éticas ao abordar a religião dentro do processo terapêutico. Plante (2007) aponta, que os profissionais de saúde mental que trabalham com crenças religiosas devem ter cuidado para proteger contra fronteiras confusas e relacionamentos duais, estar cientes de seus próprios preconceitos em relação à religião e diferentes sistemas de crença assim como devem ser capazes de distanciar da crença que assumem perante a religião e devem constantemente equilibrar o respeito pela autonomia da pessoa assim como ter a responsabilidade ética e legar de proteger os seus pacientes.

A integração da religião na terapia pode ser implícita ou explícita, dependendo de vários fatores do terapeuta e do utente. Na aplicação implícita, o terapeuta respeita,

questiona e reconhece a importância da vida religiosa do utente e discutirá questões religiosas trazidas pelo utente. A forma explícita centra-se em levar ativamente a religião à terapia recorrendo à oração, a escritura, o encaminhamento para grupos religiosos e outras práticas apropriadas ao utente (Tan, 1996). O mesmo autor também constatou algumas diretrizes para integração explícita, afirmando que é ético que os terapeutas usem ou compartilhem a sua fé religiosa na terapia se estiverem a lidar com problemas clínicos que possam ser auxiliados por intervenções espirituais ou religiosas, se estiverem a trabalhar dentro do sistema de crenças do utente (desde que os profissionais de psicologia não imponhamos seus próprios valores religiosos ao utente) e compreender se a pessoa é religiosa e se está disponível para a integração das crenças religiosas ou espirituais na intervenção. Ao usar métodos mais explícitos de integrar a religião à terapia, Tan (1996) também alertou sobre o potencial de abuso quando os terapeutas aplicam inadequadamente intervenções espirituais e forçam valores em um paciente.

A escolha de estar implícito ou explícito depende de vários fatores, incluindo a correspondência adequada ao utente (Hook, 2010) e o nível de conforto do terapeuta, e os dois nem sempre precisam ser mutuamente exclusivos (Tan, 1996). A pesquisa mostrou consistentemente que a correspondência é importante quando se decide ser explícito com a integração religiosa. A integração religiosa demonstra ser útil para pessoas altamente religiosos, mas menos útil para aqueles que não são altamente religiosos, possivelmente por causa da visão de mundo dos indivíduos altamente religiosos (Hook, 2010).

Com as características do terapeuta, existem graus nos quais um pode ser implícito e explícito, e o terapeuta pode cair num continuum para o qual eles estão confortáveis em integrar a religião à terapia (Tan, 1996). Também com as características do terapeuta, embora os utentes possam procurar os terapeutas que compartilham seu sistema de crenças como uma forma de promover conexão e compreensão, um terapeuta não precisa realmente ter uma crença religiosa específica para poder integrá-lo explicitamente na terapia (Hook, 2010).

Um estudo realizado por Borges (2015) onde o objetivo era perceber a experiência subjetiva dos terapeutas em relação ao modo como estes lidam com as crenças religiosas dos seus utentes e também compreender como é que esta dimensão é vivenciada em contexto terapêutico através da ótica dos profissionais de saúde mental.

Participaram neste estudo 4 participantes com licenciatura em Psicologia Clínica. Os resultados mostram que para todos os participantes o facto de o terapeuta e o utente terem crenças religiosas distantes pode ser um problema para criar a relação terapêutica, no entanto todos afirmam que a sua posição deve ser de respeito e de abertura diante do outro e que por vezes no processo terapêutico é difícil deixar de parte as crenças pessoais levando a que os utentes procurem terapeutas com as mesmas crenças religiosas que as suas. Assim, a religião foi vista pelos quatro participantes como parte da pessoa.

Um outro estudo realizado por Rose, Westefeld e Ansley (2001) onde participaram 74 indivíduos, que estavam inseridos em processo terapêutico, descobriram que 55% deles queriam discutir questões religiosas / espirituais porque acreditavam que religião e espiritualidade eram essenciais para a cura e crescimento (27%), era uma questão de importância pessoal (22%), 15% referem que estas questões foram centrais para a personalidade humana, comportamento e visão de mundo, 5% foram relevantes para os problemas (5%). Alguns dos entrevistados sentiram que sua preferência mudaria em diferentes contextos, indicada por 22% dos entrevistados que relataram que sua preferência em discutir religião e / ou espiritualidade era dependente de outros fatores, como relevância para problemas (10%), somente se fosse uma questão espiritual, mas não religiosa (8%), ou dependendo das qualidades do conselheiro (5%).

6. Metodologia

6.1. Objetivos

Pretende-se com este estudo compreender as concepções dos psicólogos acerca do conceito de luto e morte, analisar a formação e experiência em acompanhamento no luto a partir da experiência dos participantes. Pretendemos ainda compreender os modelos teóricos bem como a intervenção no acompanhamento do luto e explorar as concepções religiosas/espirituais e os procedimentos de intervenção com estas dimensões.

6.2. Abordagem

O melhor método que se enquadra neste estudo é o método qualitativo. Tendo em conta que possibilita ao pesquisador investigar de modo mais ponderado na temática abordada, valorando todo o processo da pesquisa e considerando díspares aspetos perante o tema proposto (Gil, 2000). A execução de estudos qualitativos origina resultados enriquecedores sobre o cotidiano de seus inquiridos, sejam indivíduos,

grupos ou comunidades, observando o comportamento e compreendendo formas de agir para que, conseqüentemente, os resultados alcançados possam ser aplicados na resolução de problemáticas, além de possibilitar um olhar multidimensional sobre fatores experienciados.

Creswell (2014) explica que a investigação qualitativa como uma estrutura interpretativa, que estuda os distintos problemas sociais ou humanos, versando o significado que lhe atribuem. A abordagem qualitativa é igualmente definida como uma atividade que descobre a experiência do participante (através de notas de campo, entrevistas, conversas, fotografias e registros) tornando-a numa sucessão de representações, ou seja, práticas interpretativas que envolvem o mundo visível (Denzin & Lincoln, 2000).

A abordagem qualitativa em pesquisa emprega-se ao estudo das relações, representações, percepções e opiniões (Minayo, 2010). Numa pesquisa qualitativa, a escolha dos intervenientes não segue cálculos de amostragem, pois importa as experiências dos participantes que representam o tema em estudo ao ponto de contribuir para o aprofundamento da compreensão a respeito dele. Logo, a escolha e seleção dos participantes são sempre estabelecidas por conveniência, não do pesquisador, mas do tema em estudo. Para estudo foi utilizado a abordagem qualitativa descritiva, esta tem com o objetivo caracterizar os fenômenos de modo a permitir a descrição das características dos participantes num todo (Fortin, 1999).

6.3. Processo de amostragem

Foi utilizado o processo de amostragem não probabilística, que consiste num procedimento de seleção, segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra (Fortin, 1999). A amostragem não probabilística tem o risco de ser menos representativa do que amostra probabilística.

Dentro da amostragem não probabilística utilizou-se o método de amostragem intencional heterogênea (Ribeiro, 1999), tendo que a escolha dos participantes está relacionada com as características dos mesmos. Este processo de amostragem não necessita de um número definido de participantes fazendo com que os mesmos não sejam representativos da população (Bernard, 2002).

No que concerne à amostragem teórica, o investigador de acordo com os seus objetivos de estudo seleciona participantes que estejam aptos e que tenham

conhecimento acerca do tema em estudo (Creswell & Clark, 2011). Deste modo, procuramos a participação de profissionais de psicologia, ou seja, membros efetivos e estagiários profissionais da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP).

Tendo em conta o processo acima descrito, participaram neste estudo 8 profissionais de psicologia, 7 do género feminino e 1 do género masculino. As idades estão compreendidas entre os 24 e 58 anos. Destes 8 participantes, 6 são membros efetivos da OPP com uma experiência profissional entre os 4 e 31 anos. Os restantes participantes são estagiários profissionais da OPP com 1 ano de experiência profissional. Importa ainda referir a perfilhação religiosa que os participantes possuem, sendo esta considerada uma característica dos mesmos, assim a generalidade dos participantes afirmam-se como crentes não praticantes.

Relativamente à saturação teórica, segundo Glaser e Strauss (1967) designa-se como sendo o momento de interrupção de recolha de dados pertinentes aos objetivos do estudo, sendo este um processo contínuo que se inicia após o primeiro momento de recolha de dados (Fontanella, Ricas & Turato, 2008). No entanto, devido ao intervalo temporal para a recolha de dados não foi possível atingir a saturação teórica.

Tabela 1
Participantes

Participante	Género	Idade	Grau académico	Anos de experiência profissional	Contexto de trabalho
A	F	58	Mestrado	11	Consultório privado
B	F	32	Licenciatura	10	IPSS (Unidade de cuidados continuados) e clínica privada
C	F	55	Doutoramento	31	Universidade e gabinete de atendimento (privado)
D	F	41	Licenciatura	20	Residência Sénior (privado)
E	M	27	Mestrado	1	Gabinete

					privado
F	F	29	Mestrado	4	Clínica privada e escola pública
G	F	24	Mestrado	1	Contexto hospitalar IPSS
H	F	36	Licenciatura	14	Clínica privada

6.4. Instrumentos

Foi utilizado como instrumento um questionário sociodemográfico (anexo B) dividido em 4 partes: 1º parte é relativa a questões com opor exemplo: Idade, estado civil, nacionalidade, etc. Uma 2º parte acerca da formação profissional (contexto universitário, grau académico, área científica), a 3º parte que aborda o tema da religião e espiritualidade e por fim a 4º parte abarca 4º Parte: Experiências e competências pessoais

Este questionário teve como objetivo de obter mais informação sobre os profissionais de saúde de psicologia em relação à sua formação pessoal bem como da sua formação académica. Outro instrumento que foi aplicado é a entrevista semiestruturada (anexo C) na qual os participantes tiveram a possibilidade de relatar as suas experiências, a partir do foco principal proposto pelo pesquisador, ao mesmo tempo que permite respostas livres e espontâneas, valoriza o papel do entrevistador. As questões elaboradas para a entrevista levaram em conta o embasamento teórico na investigação e as informações que os pesquisadores recolheram sobre o fenómeno social (Triviños, 1987). Segundo Manzini (2003), existem vários aspetos a ter em conta na construção de uma entrevista-semiestruturada, tais como: cuidados quanto à linguagem; cuidados quanto a forma das perguntas e cuidados quanto à sequência das perguntas., constituída por 10 questões abertas com objetivo de explorar a sua experiência a nível da formação e prática profissional no luto, as competências pessoais e profissionais assim como a perspetiva do profissional acerca das melhores práticas e como avalia o seu nível de preparação para intervir neste contexto. A entrevista contém questões tais como: “Pode falar um pouco da sua experiência a nível da educação/formação e prática profissional no luto?”, Quais são os fatores pessoais e profissionais (por exemplo: a própria experiência de luto, crença religiosa, orientação teórica, etc.) afetaram o seu

trabalho com os seus pacientes em processo de luto?”, “Na sua opinião, como define as melhores práticas em processo de luto?” e “Como avalia o nível atual de preparação dos profissionais portugueses para oferecer uma boa intervenção terapêutica em pacientes em processo de luto?”.

6.5. Procedimentos

Esta investigação, compreendeu vários períodos, imprescindíveis para a boa realização da mesma. Após a escolha do tema e a feita pesquisa bibliográfica sobre o mesmo, passamos então à escolha dos instrumentos que seriam pertinentes nesta pesquisa tendo em conta os objetivos.

Para a aplicação das entrevistas primeiramente estabeleceu-se contacto via e-mail com clínicas, consultórios privados, hospitais e escolas. No entanto, com a falta de resposta por partes das entidades referidas, procedeu-se então ao contacto via pessoal, ou seja, dirigindo-me pessoalmente ou por contacto telefónico às mesmas, obtendo assim respostas positivas. Foi entregue a cada participante um consentimento informado (anexo A), onde era explicado os objetivos do estudo assim como se iria proceder à realização da entrevista semiestruturada. Cada participante respondeu a um questionário sociodemográfico (QSD) de modo a possibilitar aos investigadores a obtenção de mais informação acerca dos participantes. Relativamente à entrevista semiestruturada, esta foi gravada em formato áudio com a devida autorização dos participantes, respeitando assim os procedimentos éticos. A duração média de todas as entrevistas foi de aproximadamente 30 minutos.

Após a realização das entrevistas procedeu-se à transcrição das mesmas. O momento da transcrição expõe mais uma experiência para o investigador que consiste numa pré-análise do material. Posto isto, procedeu-se então à análise de dados.

No que concerne ao procedimento de análise de resultados, esta baseou-se na análise temática de dados, uma vez que este processo é apropriado para todos os estudos qualitativos que na recolha de dados usam protocolos semiestruturados (Saldaña, 2013) e cujo foco é o mundo psicológico de um participante, das suas crenças, constructos e desenvolvimento de identidade bem como as experiências emocionais (Giorgi & Giorgi, 2003; Smith & Osborn, 2008; Smith et al., 2009; Wertz et al., 2011) indo assim ao encontro dos objetivos deste estudo.

Este método é considerado um processo moroso de análise qualitativa. É tão intensivo quanto a codificação e exige uma reflexão comparável sobre os significados e resultados dos participantes. Ao contrário da maioria das abordagens a análise de conteúdo, que geralmente começam com categorias predefinidas, a análise temática possibilita que as categorias sucedam a partir dos dados (Saldaña, 2013).

Para provir à análise das entrevistas utilizou-se a técnica de codificação descrita por Saldaña (2013), segundo este a codificação é exploratória sem fórmulas específicas para serem seguidas levando à elaboração de códigos (palavras ou pequenas frases) que sejam esclarecedores do material analisado. A definição e a função analítica de um “código” varia de acordo com vários autores, no entanto no geral, um código é uma frase ou frase estendida que identifica o que é uma unidade de dados e/ou o que significa. O processo de codificação inicia-se com a pré-codificação, que consiste na leitura dos dados recolhidos. Clarke (2005) recomenda um período de “digestão e reflexão” sobre os dados antes de iniciar os empreendimentos iniciais de codificação. Todos os códigos propostos durante este ciclo são temporários sendo que alguns códigos podem ser reformulados à medida que a análise avança.

O método de codificação inicial propõe-se ser um ponto de partida para proporcionar ao investigador pistas analíticas para uma exploração mais aprofundada. Por sua vez, a codificação estrutural é aplicada numa frase que seja representativa de um tópico da investigação. Namey, Guest, Thairu e Johnson (2008) referem que a codificação estrutural é orientada para a construção de códigos baseados em perguntas que atuam como um dispositivo de rotulagem e de indexação, permitindo que os investigadores acedam rapidamente aos dados que poderão ser proeminentes para uma análise específica a partir de um conjunto maior de dados. Os segmentos codificados de forma similar são reunidos para se proceder a uma codificação e análise mais pormenorizada (Saldana, 2013). Os códigos devem ser apresentados como exemplos simples de algo durante o primeiro ciclo de análise, depois entrelaçados nos ciclos posteriores para detetar processos, tensões, explicações, causas, consequências e / ou conclusões (Rubin & Rubin, 2012).

Utilizou-se em seguida o método de categorização básica, em que o investigador procura como os vários temas são semelhantes, diferentes e que tipo de relação pode existir entre eles (Gibson & Brown, 2009), dado que um tema funciona como uma forma de categorizar um conjunto de dados em “um tópico implícito que organiza um

grupo de ideias repetitivas” (Auerbash & Silverstein, 2003). Esse trabalho de base leva ao desenvolvimento de construções teóricas de nível superior quando temas similares são agrupados. Os temas também podem consistir em descrições de comportamento dentro de uma cultura, declarações icônicas e moral das histórias dos participantes.

Neste estudo, os dados foram organizados de acordo com a semelhança existente entre eles num formato de estrutura hierárquica em que há um tema geral e um ao qual Saldaña (2013) intitula por superior e um tema secundário, designado pelo mesmo autor por subordinado de modo a possibilitar a reflexão de possíveis agrupamentos e relacionamentos. Os objetivos analíticos são reduzir o número de temas a serem explorados em um relatório e desenvolver um tema abrangente a partir do corpus de dados, ou um tema integrativo que integra vários temas em uma narrativa coerente.

7. Resultados

Tendo em consideração os objetivos da presente investigação, os resultados apresentados vão de encontro aos mesmos bem como à pertinência destes neste estudo. Desta forma, os resultados serão agrupados de acordo com os objetivos que os representam. Assim, o objetivo compreender as concepções dos psicólogos acerca do conceito de luto e morte engloba os temas superiores: conceito de luto e perda assim como percepção da morte e percepção do processo de luto. Subjacente a estes temas superiores, está o tema superior interesse no luto e perda, que apesar de não constituir um objetivo de estudo, consideramos uma mais valia apresentação dos resultados referente a este tema.

Relativamente ao segundo objetivo deste estudo referente à formação e à experiência em acompanhamento no luto a partir da experiência dos participantes, iremos dividi-lo em duas partes de modo a facilitar a compreensão dos resultados. Posto isto, no diz respeito a formação os temas superiores que satisfazem esta dimensão são: a formação académica no luto, formação complementar (pós académica), necessidade de alteração na formação académica, formação geral em psicologia. No que concerne à experiência em acompanhamento do luto, os resultados revelam diversos temas superiores, tais como: experiência profissional no luto e frequência do trabalho com o luto.

No que concerne ao objetivo compreender os modelos teóricos bem como a intervenção no acompanhamento do luto, encontramos temas superiores que vão de

encontro a este objetivo, sendo eles: modelos teóricos que orientam a intervenção no luto, importância da formação teórica na intervenção no luto, estratégias de intervenção no luto, elementos-chaves de intervenção no luto, aspetos relevantes na intervenção com o luto e intervenção no luto em diversos domínios e por último percepção pessoal da intervenção com o luto

Por fim, no último objetivo que se centra em explorar as concepções religiosas/espirituais e os procedimentos de intervenção com estas dimensões, deparamo-nos com a existência de vários temas superiores que vão de encontro ao presente objetivo, como por exemplo, crenças religiosas, influência das crenças religiosas, intervenção no luto com crenças religiosas, elementos-chaves de intervenção com crenças religiosas.

Importa ainda expor os resultados relativos aos serviços prestados bem como a alteração dos mesmos, apesar de estes não sejam considerados objetivos de estudo, pois auxilia a na obtenção da percepção de como funcionam os serviços de psicologia em Portugal.

7.1. Conceito de luto e morte

Com a análise dos resultados, encontramos o tema superior **“conceito de luto e perda”**, onde pretendemos compreender a percepção dos participantes em relação a estes dois conceitos. Este tema integra o tema subordinado **“luto associado a perda não como morte”**, em que é relatado pelos participantes a importância de reconhecer o conceito de perda não só devido à morte, mas também como perdas relacionais, dado que o fim de uma relação, na perspetiva dos participantes, é considerado um luto como perda, assim como as mudanças de vida, como por exemplo a perda de um trabalho ou a mudança de casa ou cidade, sendo igualmente, considerado uma forma de luto, como podemos verificar no discurso do participante G : “ da morte de alguém ou da morte de algum ser ou de alguma coisa que uma pessoa tenha perdido”.

Seguindo esta ideia, encontramos dois temas superiores, **“percepção da morte”** e **“percepção do processo de luto”**, que pretendem compreender a percepção dos participantes relativamente à morte bem como ao processo de luto. Estes englobam dois temas subordinados, **“percepção pessoal da morte como acontecimento de vida”** e **“processo de luto como parte do percurso de vida”**, sendo que na perspetiva dos participantes a morte faz parte da vida das pessoas e o processo de luto é intrínseco ao

percurso da vida, ou seja, quando o processo de luto é elaborado, este auxilia no desenvolvimento humano (tabela 2).

Tabela 2
Conceito e percepção do luto e perda

Tema superior	Tema subordinado	Indicadores	Exemplos
Conceito de luto e perda	Luto associado a perda não como morte	Refere o processo de luto não necessariamente como morte (P- 2/C-3); Perdas relacionais (P-2 /C-3); Mudanças de vida (P- 2/C-3)	G: “da morte de alguém ou da morte de algum ser ou de alguma coisa que uma pessoa tenha perdido”
Percepção da morte	Percepção pessoal da morte como acontecimento de vida	Identifica a morte como parte do ciclo vital (P-2/C-2)	E: “como ser humano que já passou e poderá passar ainda por essa situação... por esse acontecimento vital”
Percepção do processo de luto	Processo de luto como parte do percurso de vida	Identifica a influência do processo de luto no percurso de vida: processo de luto elaborado ajuda no desenvolvimento humano (P-2; C-3)	E: “não quer dizer que não haja uma história de vida que um luto (...) como tenha realizado não tenha deixado as suas marcas, (...) não tenha influenciado o percurso de vida, normalmente influencia sempre de uma maneira ou de outra”

Considerando a percepção dos participantes acerca do conceito de luto e perda assim como a percepção de morte e processo de luto, deparamo-nos com o tema superior **“interesse no luto e perda”**, que possibilita compreendermos o interesse destes fenómenos e a importância dos mesmos para os participantes. Assim, encontramos o tema subordinado **“interesse pessoal e profissional no tema luto e perda”** (tabela 3), como o próprio tema indica, os participantes referem ter bastante interesse a vários níveis relativamente ao tema luto e perda sem especificar este mesmo interesse, como podemos verificar no discurso do participante D: “Tenho muito interesse, quer a nível pessoal quer a nível profissional”. Este interesse, poderá estar relacionado com o tema subordinado **“importância do fenómeno luto e perda”**, que nos diz que, estes acontecimentos fazem parte do ciclo de vida estando inseridos em vários contextos, corroborando com o discurso do participante G: “Às vezes até de uma relação ou o que for (...) e acho que é importante nesse sentido”.

Tabela 3
Interesse no luto e perda

Tema superior	Tema subordinado	Indicador	Exemplos
Interesse no luto e perda	Interesse- pessoal e profissional no tema luto e perda	Identifica o interesse pessoal e profissional na área do luto (não especifica o motivo de interesse) (C-6/P-5)	A: “O meu interesse pela área do luto e da perda é muito” D: “Tenho muito interesse, quer a nível pessoal quer a nível profissional”
	Importância do fenómeno luto e perda	Menciona que o interesse está relacionado ao facto de ser um processo vital (P-2/C-2); luto não como morte (P-1/C-1)	G: “O meu interesse eu acho que é muito importante porque todas as pessoas têm que fazer um luto”

7.2. Formação académica e experiência profissional no luto

No que concerne ao tema superior **“formação académica no luto”**, onde pretendemos perceber de que forma os participantes receberam formação superior acerca do fenómeno em estudo. Este tema inclui temas subordinados como a **“formação não específica no luto”** em que, os participantes indicam que durante a formação académica, o tema do luto não foi abordado especificamente, sendo apenas debatido em algumas cadeiras, implicando a pouca formação e a ausência neste âmbito. Os resultados demonstram também, através do tema subordinado **“escassa formação académica no luto”**, que a formação fornecida nas universidades no que concerne ao luto é diminuta.

Porém, no tema subordinado **“formação contexto 2º ciclo”**, os participantes relatam que adquiriram maior conhecimento, com a realização da dissertação e do estágio curricular, dado que permitiram um maior aprofundamento em relação ao luto. Ficando assim perceptível a importância deste grau académico no trabalho com o luto.

Dentro do mesmo tema superior encontramos o tema subordinado **“necessidade de formação no luto”**, em que fica explanado a necessidade de complementar a formação académica relativamente ao tema do luto, F: “Agora acredito que se fosse para estar no ativo diariamente se calhar necessitava aqui de mais formação específica”. Considerando os resultados relativos à ausência de formação académica, bem como os resultados alusivos ao interesse na área do luto e perda, encontramos um tema superior

“formação complementar (pós-acadêmica)”, onde identificamos como tema subordinado **“autodidata”**, em que é relatado pelos os participantes a obtenção de maior conhecimento acerca do luto através da leitura de bibliografia e pesquisa sobre o luto (tabela 4). Ainda dentro deste tema, identificamos a participação em **“cursos, formações e workshops”**, sendo este um tema subordinado, para a aquisição de maior conhecimento específico e teórico neste âmbito, **H:** “Que foi um workshop com um investigador e psicoterapeuta construtivista que é o Niemeyer”. Considerando a **“importância da formação complementar”** (tema subordinado), os resultados indicam que, para os participantes, esta é indispensável uma vez que permite adquirirem maiores competências e conhecimentos teóricos na área do luto.

Relativamente ao tema superior **“formação geral acadêmica em psicologia”**, em que identificamos o tema subordinado **“percepção geral da formação acadêmica no âmbito do luto”**. Aqui, os participantes revelam uma apreciação positiva da formação acadêmica geral que tiveram em psicologia, considerando que, mesmo não focando aspetos relativos ao processo de luto, possibilitou terem competências para trabalhar na área do luto, como podemos verificar no discurso do participante F: “a formação em psicologia já permite ter aqui algumas competências nessa área”.

Tendo em ponderação o relato dos participantes, em relação à falta de formação acadêmica na área do luto, estes referem que existe uma necessidade de mudança na formação acadêmica, deste modo encontramos o tema superior **“necessidade de alteração da formação acadêmica”**. Assim, deparamo-nos com o tema subordinado **“mudança no currículo académico do curso de psicologia”**, em que, os participantes deste estudo expõem que deve existir uma mudança no currículo académico a nível de haverem unidades curriculares específicas nesta área e a necessidade de existir estágios curriculares direccionados nesta temática. Encontramos ainda o tema subordinado **“mudança teórico-prática na formação acadêmica”**, onde os participantes mencionam que a mudança na forma acadêmica também deverá passar por esta alteração como refere o participante E: “(...) o alargamento dos horizontes teórico-práticos” (tabela 4).

Tabela 4
Formação académica

Tema superior	Tema subordinado	Indicadores	Exemplos
Formação académica no luto	Formação não específica no luto	Identifica a formação específica no âmbito	A: “a formação passou por algumas cadeiras

		curricular no luto: nada específico (P-4/C-5); algumas cadeiras (P-4/C-4); pouca formação (P-2/C-4); Ausência de formação académica no luto (P-3/C-4)	falar no luto” B: “Mas não me recorde de ... de... de nada específico sobre o luto” D: “a formação era muito pouca em termos académicos”
	Escassa formação académica no luto	Identificação a pouca formação nas universidades (P-2/C-3);	H: daquilo que nós conversamos sabendo que não existe formação nas universidades... isso é um bocadinho mau sinal
	Formação contexto 2º ciclo	Reconhece a importância da formação do 2º ciclo no contacto com o tema do luto: Dissertação (P-1/C-3); estágio curricular (P-3/C-4)	F: “tivemos um caso em que de facto já era considerado um luto patológico um pai que tinha perdido um filho já há sete anos, o seu estado era patológico e realmente comecei a ter mais contacto com esse processo já nessa altura do estágio”
	Necessidade formação no luto	Refere necessidade de mais formação (P-2/-C-2)	A: “acabei por sentir necessidade de fazer formação extra em relação à que tive na licenciatura”
Formação complementar (Pós-académica)	Autodidata	Aprendizagem autodidata no luto (P-7/C-9)	D: “fui mais autodidata
	Cursos, formações e workshops	Aprendizagem adicional específica no luto (P-5/C-5)	C: “frequentado um workshop (...) sobre a resiliência (...) trabalha também muito o tema do luto”

	Importância da formação complementar	Menciona a relevância de existir formação complementar no luto (P-2-C-4)	B: “Foi muito importante (...)”
Necessidade de alteração na formação académica	Mudança no currículo académico do curso de psicologia	Identifica a necessidade de existir disciplinas/estágios que abordem/trabalhem o luto (P-6/C-10)	A: “a própria a formação (...) haver (...) uma cadeira de processo de luto, não é?”
	Mudança tórica-prática na formação académica	Refere a necessidade de mudar as perspetivas teóricas-práticas (P-1/C-2)	E: “mais interesse, mais procura, o alargamento dos horizontes (...) Teórico-práticos”
Formação geral académica em psicologia	Apreciação da formação geral em psicologia no âmbito do luto	Menciona a formação académica em psicologia como positiva no âmbito do luto (P- 2/C-7)	F: “a formação em psicologia já permite ter aqui algumas competências nessa área”

No que toca ao tema superior **“experiência profissional no luto”** em que é pretendido perceber qual a experiência dos participantes no âmbito do luto assim como os contextos em que estes intervêm. Encontramos vários temas subordinados que remetem para as diversas experiências/contextos de intervenção. Considerando que o luto é um fenómeno transversal às diferentes populações e contextos de intervenção, são enumerados pelos participantes diversas experiências de trabalho assim como variados contextos.

Uma experiência profissional, mencionada pelos participantes, refere-se à **“experiência profissional no luto como formador”**, sendo este um tema subordinado, como podemos verificar no discurso de F: “já dei formação sobre o processo de luto”. Uma outra experiência profissional, está ligada a um contexto de intervenção, é a **“experiência profissional no luto em lares”**, sendo este um tema subordinado” (tabela 5), onde é mencionado a importância da intervenção no processo de luto nos utentes assim como trabalhar o luto com os colaboradores como refere o participante D: “também com eles é preciso trabalhar os processos de luto pessoais e profissionais que é muito importante”.

Encontramos ainda, uma outra experiência profissional citada pelos participantes, ao nível escolar, que inclui o tema subordinado **“experiência profissional no luto em escolas”**, em que menciona o trabalho desenvolvido no apoio aos processos de luto. Deste modo, este trabalho escolar é também tido como um contexto de intervenção por parte dos participantes, em que relatam que utilizam uma intervenção breve.

Ainda dentro do presente tema superior, deparamos-nos com o tema subordinado **“experiência profissional no luto em cuidados continuados”**, sendo mencionado pelos participantes a importância de trabalhar com os familiares os lutos, não como morte, uma vez que muitos dos utentes internados não irão voltar a ser as pessoas que eram, como menciona o participante **G**: “por exemplo quando, eu tenho aqui utentes que nunca mais vão voltar a ser aquilo que eram e quando eu trabalho com as famílias é importante que as famílias façam o luto da pessoa que eles conheceram antes e que agora não vai voltar a ser o que era”. Um outro aspeto mencionado pelos participantes é trabalhar o luto nas pessoas com diagnósticos oncológico sem cura, ou seja, auxiliam os mesmos a lidar com as últimas fases de vida, como refere o participante **B**: “a própria maneira como lida com as últimas fases, porque o luto que nós vemos aqui não é o luto após a morte não é? é um luto após um diagnóstico, um prognóstico que não é bom, não é? Nós trabalhamos muito este luto antes da própria morte”.

Tendo em conta as diferentes experiências profissionais, a frequência de contacto com o luto é variada. Para tal, surge o tema superior **“frequência do trabalho com o luto”**, com objetivo de compreender a regularidade de trabalho que os participantes deste estudo têm com este acontecimento. Desta forma, aparece o tema subordinado **“trabalho no luto frequente”** em que é referido que trabalham com uma periodicidade elevado o luto. Porém, nem todos os participantes referem esta periodicidade, surgindo assim o tema subordinado **“pouca frequência no trabalho do luto como morte”**, em que é mencionado o pouco trabalho desenvolvido com este fenómeno, como podemos verificar no discurso do participante **G**: “não é muito lá está, não é muito frequente no luto na perda da pessoa em si na morte”. É ainda referenciado, a **“relevância do trabalho com o luto”**, sendo este um tema subordinado, ficando evidenciado através do discurso dos participantes a importância de se trabalhar o luto.

Tabela 5

Experiência profissional e frequência do trabalho com o luto

Tema superior	Tema subordinado	Indicador	Exemplos
Experiência profissional no luto	Experiência profissional no luto como formador	Refere a experiência profissional previa no luto com a lecionação de uma formação sobre o processo do luto (P-1/C-2)	F: “Mas já dei formação sobre o processo de luto”
	Experiência profissional no luto em lares	Refere o trabalho desenvolvido no âmbito do luto em lares de idosos (P-3/C-4); Refere a relevância de trabalhar o luto com os utentes de lares (P-2/C-2); Refere a importância de trabalhar o luto com os colaboradores/profissionais da instituição (P-1/C-3)	C: “o período em que trabalhei nuns lares de idosos, novamente o tema da morte, de acompanhamento da morte estava no pano de fundo constante” B: “Foi um assunto trabalhado porque? Porque as próprias pessoas sentiram, não é? E depois os utentes têm muito isto “se acontece aquela pessoa que está bem” transferem muito para eles próprios” D: “também com eles é preciso trabalhar os processos de luto pessoais e profissionais que é muito importante”
	Experiência profissional no luto em escolas	Refere o trabalho desenvolvido em contexto escolar (P-2/C-4); Refere o trabalho com crianças em escolas (P-1/C-2)	D: “Passei pelas escolas também e como eu valorizei sempre os processos de luto muitas vezes o quê que fazia... era em horas extras” F: “ingressei para a área escolar” F: “vamos imaginar aqui um aluno a gente pode fazer um tipo de intervenção breve
	Experiência profissional no luto em cuidados continuados	Refere a importância de trabalhar o luto, não como morte, com os familiares (P-2/C-7); Refere o trabalho no luto em doentes oncológicos (P-1/C-4)	G: “por exemplo quando, eu tenho aqui utentes que nunca mais vão voltar a ser aquilo que eram e quando eu trabalho com as famílias é importante que as famílias façam o luto da pessoa

			que eles conheceram antes e que agora não vai voltar a ser o que era”
			B: “o luto que nós vemos aqui não é o luto após a morte, não é? é um luto após um diagnóstico um prognóstico que não é bom. Nós trabalhamos muito este luto antes da própria morte não é”
Frequência do trabalho com o luto	Trabalho no luto frequente	Indica a periodicidade: diariamente (P-1/C-3); bastante frequente (P-1/-C-3)	H: “muito frequentemente” D: “É diária... é diária”
	Pouca frequência no trabalho do luto como morte	Menciona pouca experiência no trabalho no luto como morte (P-1/C-2)	G: “não é muito lá está, não é muito frequente no luto na perda da pessoa em si na morte
	Relevância do trabalho com o luto	Identifica importância de trabalhar o luto (P-2/C-2)	B: “Às vezes é imprescindível” D: “é muita

7.3. Modelos teóricos e intervenção no acompanhamento do luto

Relativamente aos modelos teóricos de intervenção, surgem no relato dos participantes, diversos modelos, tais como o modelo relacional simbólico, o modelo comportamental, o modelo cognitivo-comportamental, modelo construtivista e modelos educacionais, é ainda referenciado uma abordagem eclética. Posto isto, surge o tema superior **“modelos teóricos que orientam a intervenção no luto”**. Este aparece da necessidade de compreender qual é a base teórica que os participantes seguem para intervir no luto. Desta forma, encontramos vários temas subordinados, como por exemplo o **“modelo relacional sistémico”**, este é mencionado pelos nossos participantes como um dos modelos que rege a intervenção no âmbito de luto. Surge também outro tema subordinado, denominado por **“modelo comportamental”**, em que podemos constatar que os participantes mencionam a utilização do modelo comportamental como base de atuação no luto.

Seguindo este pensamento, deparamo-nos ainda com o tema subordinado **“modelo cognitivo comportamental”**, onde é visível a utilização deste na intervenção com o fenómeno em estudo. Encontramos ainda o tema subordinado **“modelo construtivista”**, estando este subjacente aos modelos acima mencionados. Este, aparece

também como modelo aplicado na intervenção no luto pelos nossos participantes, tal como menciona o participante **H**: “eu, a minha base é terapia construtivista”.

Foi ainda encontrado um tema subordinado referente aos “**modelos educacionais**”, onde fica claro a utilização dos mesmos como forma de intervenção no luto, como refere o participante **D**: “também a nível da psicologia do desenvolvimento é importante temos isto muito presente e até na psicologia escolar e da educação”. Por fim, encontramos o tema subordinado “**abordagem eclética**”, em que os resultados revelam a aplicação de múltiplos modelos para intervir no luto, demonstrado que na perspetiva dos participantes não há apenas um modelo correto de intervenção no luto, mas sim uma necessidade ir buscar conhecimentos aos mais variados modelos. Para aplicação destes modelos teóricos, os participantes fazem referência à “**importância da formação teórica na intervenção no luto**” (tema superior), dado que, através desta formação adquiriram os conhecimentos que possibilitaram o seu trabalho. Assim surge, o tema subordinado “**influência da formação teórica na intervenção com o luto**”, em que os participantes aludem que para intervir no luto é necessário a formação teórica, como refere o participante **A**: “obviamente que fui buscar a parte teórica para poder ajudar não é”.

Subjacente aos modelos teóricos, estão as “**estratégias de intervenção no luto**”, este considerado um tema superior, com o propósito de compreender quais as diferentes estratégias utilizadas pelos nossos participantes no trabalho com o luto. Assim, foram encontradas diversas estratégias, sendo estas divididas em vários temas subordinados, tal como a “**empatia**”, onde os participantes indicam a importância de ter empatia pelo sofrimento da pessoa. Um outro tema subordinado diz respeito ao “**uso de estratégias de intervenção (estratégias de superação)**”, em que os participantes relatam o uso de estratégias de superação, sem especificar quais, como podemos confirmar no relato do participante **F**: “costumo falar em algumas estratégias de superação”. Uma outra estratégia encontrada, aparece no tema subordinado “**psicoeducação**”, em que é relatado pelos participantes a aplicação desta estratégia na intervenção com o luto. Ainda dentro deste tema superior, surge o tema subordinado “**cadeira vazia**”, sendo esta também uma estratégia utilizada pelos participantes deste estudo no trabalho com o luto. Deparamo-nos também com um outro tema subordinado denominado de “**cartas narrativas**”, tendo em conta o discurso de um dos nossos participantes, **H**: “com cartas coisas mais narrativas”, podemos constatar que esta estratégia é aplicada na intervenção

com o luto. A **“estratégia de construção de significado”** aparece também como tema subordinado, como uma estratégia de intervenção no luto utilizada pelos participantes no trabalho com o luto, tal como refere **A**: “É criar uma nova narrativa reinterpretar digamos as situações para trabalharmos uma nova narrativa de vida para esta pessoa”.

Tendo em conta os resultados, a estratégia **“centrada na pessoa”** surge como um tema subordinado pertence ao presente tema superior, esta é tida em conta pelos participantes do nosso estudo, como uma estratégia aplicada na intervenção no luto pois segundo o participante **C**: “é olhando é pondo a pessoa ao centro se podemos assim dizer perifrasedo Rogers”. Por fim, encontramos o tema **subordinado “ausência de estratégias de intervenção”**, onde alguns dos participantes referem a não utilização de estratégias de intervenção no trabalho com o luto, como por exemplo o participante **E**: “não há propriamente um conjunto de passos, de técnicas, de estratégias discriminadas, não é?”

Para intervir de uma forma eficaz e de modo a compreendermos quais as boas práticas de intervenção no luto, os participantes relevam diferentes **“elementos chaves de intervenção com o luto”** (tema superior). Assim, como tema subordinado, encontramos, **“validar o sofrimento”**, em que é relatado pelos participantes a importância de validar e sentir empatia pelo o sofrimento da pessoa de modo a que esta inicie uma mudança. Um outro elemento chave refere-se ao tema subordinado **“permissão para falar dos sentimentos”**, em que é mencionado a necessidade de dar espaço à pessoa para expor livremente os seus sentimentos. **“Avaliar a história de vida”** bem como **“explorar o significado de luto”** (temas subordinados), surgem também pela análise de resultados como um elementos chaves a considerar, sendo referido que é importante ver a pessoa num todo, de modo a compreender as suas conceções acerca do luto, assim como é fundamental explorar o significado atribuído ao luto pela pessoa que se encontra em acompanhamento terapêutico. Por último, a **“isenção de julgamento”** (tema subordinado), é um elemento a ser considerado dado que é expressado pelos participantes a importância de não julgar a pessoa e compreender o sofrimento da mesma. aparece como um tema subordinado, pertencente ao tema superior acima mencionado.

No decorrer da análise dos resultados, encontramos um tema superior **“aspectos relevantes na intervenção com o luto”**, em que é pretendido compreender como são planificadas as sessões para intervir nesta temática, surgindo assim o tema subordinado

“intervenção no luto depende dos objetivos terapêuticos/pessoa para cada sessão”.

Aqui, é relatado pelos participantes que a intervenção no luto está dependente dos objetivos terapêuticos bem como do caso que estão a seguir (tabela 6).

Considerando o que foi mencionado acima, como tema superior **“intervenção no luto em diversos domínios”**, em que é referido a intervenção no **“luto não elaborado”** (tema subordinado), em que os participantes fazem alusão à importância da intervenção neste tipo de luto. É ainda mencionado que o **“luto surge de forma implícita no processo terapêutico”** (tema subordinado), onde é relatado pelos participantes que nem sempre o luto está no pano principal do pedido de ajuda para o acompanhamento, e com o avançar do mesmo os participantes chegam à conclusão que por vezes manifesta-se de forma indireta, como por exemplo através da sintomatologia depressiva, como menciona o participante A: “(...) ou se efetivamente é uma depressão decorrente do luto não é? E se estivermos a falar da parte da depressão...Que advém desse luto”.

Tabela 6

Intervenção no luto (modelos teóricos, estratégias e elementos chaves de intervenção, diferentes tipos de luto)

Tema superior	Tema subordinado	Indicadores	Exemplos
Modelos teóricos que orientam a intervenção no luto	Modelo Relacional Sistémico	Identifica o modelo relacional como base; utiliza o modelo relacional dependendo do caso (P-3/C-3)	E: “é assim no modelo relacional sistémico e simbólico...”
	Modelo Comportamental	Identifica o modelo comportamental como base (P-1/C-2)	D: “em termos comportamentais muito... muito
	Modelo Cognitivo Comportamental	Refere o trabalho com o modelo cognitivo-comportamental (P-2/C-2)	A: “eu trabalho muito a teórica cognitiva e comportamental”
	Modelo Construtivista	Identifica o modelo construtivista como a sua base; utiliza o modelo- narrativas (P-2/C-2)	H: “eu a minha base é terapia construtivista”
	Modelos Educacionais	Refere que o no	D: “também a nível da

		contexto de trabalho utiliza os modelos educacionais (P-1/C-3)	psicologia do desenvolvimento é importante temos isto muito presente e até na psicologia escolar e da educação”
	Abordagem eclética	Refere a importância de uma abordagem eclética no trabalho com o luto (P1-/C-3)	D: “Não há uma teoria só que eu diga olha aquela teoria onde eu vou buscar tudo em termos de agronomia... vou buscando”
Importância da formação teórica na intervenção no luto	Influência da formação teórica na intervenção com o luto	Menciona a formação teórica como relevante no processo de intervenção (P-3/C-4)	A: “obviamente que fui buscar a parte teórica para poder ajudar não é”
Estratégias de intervenção no luto	Empatia	Identifica a utilização de intervenção no luto: empatia (P-2/C-2)	A: “primeiro uma enorme compreensão e empatia pelo sofrimento da pessoa, não é”
	Uso de estratégias de intervenção (estratégia de superação)	Identifica a utilização de estratégias de superação na intervenção no luto sem especificar quais são (P-1/C-2)	F: “costumo falar em algumas estratégias de superação”
	Psicoeducação	Refere estratégias de intervenção no luto: Psicoeducação (P-3/C-12)	G: “neste sentido é mais a parte da psicoeducação”
	Cadeira vazia	Identifica técnicas de intervenção no luto: cadeira vazia (P-1/C-2)	H: “trabalho da cadeira vazia”
	Cartas narrativas	Identifica técnicas de intervenção no luto: cartas narrativas (P-	H: “com cartas coisas mais narrativas”

1/C-2)			
	Estratégia de reconstrução de significado	Identifica a utilização da técnica de reconstrução de significado (P-2/C-6)	C: “portanto, fazendo este trabalho de resignificação, poder reconhecer e conectar as várias experiências,”
	Centrada na pessoa	Indica a utilização da estratégia centrada na pessoa (P-2/C-2)	H: também muito trabalho humanista centrado na pessoa”
	Ausência de estratégias de intervenção	Refere não utilizar estratégias específicas de intervenção no luto (P-2/C-2)	E: “não há propriamente um conjunto de passos, de técnicas, de ... de estratégias”
Elementos chave de intervenção no luto	Validar o sofrimento	Refere a importância de validar/empatizar pelo o sofrimento (P-1/C-2)	H: “sim eu acho que empatizar com o sofrimento, validar que a pessoa tem motivos para estar assim acho que isso é fundamental a pessoa dizer “ai senti-me compreendida” isso é um grande motor de mudança”
	Permissão para falar dos sentimentos	Indica que se deve permitir à pessoa que fale livremente dos sentimentos (P-1/C-2)	H: “(...) é a pessoa fazer o que lhe bem entender se lhe apetecer ficar em casa a chorar fica em casa a chorar, ter permissão para sentir para chorar”
	Avaliar a história de vida	Menciona a importância de explorar a história de vida da pessoa (P-2/C-2)	E: “Daí a necessidade da exploração da história de vida em cada... de vida da pessoa... dos seus significados, dos seus símbolos”

	Explorar o significado de luto	Refere a importância de analisar o significado do luto (P-1/C-2)	E: “Porque lá está, no modelo do qual eu parto é muito a partir da exploração do significado daquela experiência em concreto”
	Isenção de julgamento	Menciona a importância não existir julgamentos no processo terapêutico (P-1/C-3)	H: “pegar no que a pessoa no que a pessoa nos trás sem qualquer julgamento se aquilo é importante para a pessoa não comparar sofrimentos”
Aspetos relevantes na intervenção com o luto	Intervenção no luto depende dos objetivos terapêuticos/ da pessoa para cada sessão	Indica que a intervenção depende dos objetivos da sessão (P-1/C-2); depende do caso (P-2/C-2)	H: “depois dependendo concretamente do objetivo que quero alcançar com aquela pessoa posso utilizar também estratégias experienciais” B: “depende muito daquilo que é o caso, não é”
Intervenção no luto em diversos domínios	Luto não elaborado	Refere a relevância de trabalhar lutos não elaborados (P-2/C-2)	E: “(...) tendencialmente será o não realizado terá mais... mais material para trabalharmos, não é? Mas normalmente pronto esse tende a ser aquele que tem mais relevância”
	Luto surge de forma implícita no processo terapêutico	Indica que a intervenção no luto surge de forma indireta (P-2/C-5); surge de sintomas depressivos (P-2/C-2);	C: “porque é novamente um tema que nós encontramos mesmo de forma indireta nos pedidos de ajuda, no pedido de acompanhamento

		psicológico
		H: “e já aconteceu de pessoas não se aperceberem, ou seja, desenvolverem sintomatologia e procurarem ajuda e não se aperceberem que aquilo tinha haver com lutos que não estavam bem resolvidos
	Intervenção em diferentes tipos/causas de luto	Menciona o trabalho no luto do futuro dos projetos de vida, sonhos (P-1/C-3)
		H: “algo que eu costumo trabalhar muito é o luto do futuro que não vai ter por exemplo quando se termina uma relação”

Tendo em ponderação a percepção pessoal dos participantes, encontramos outro tema superior **“percepção pessoal de intervenção no luto”**. O presente tema surge da necessidade de compreender a forma como os participantes avaliam o seu trabalho no luto. Assim, deparamo-nos com o tema subordinado **“confiante nos próprios serviços prestados no luto”**, em que os mesmos mencionam que se sentem seguros do próprio trabalho no âmbito do luto. Ainda dentro do mesmo tema superior, encontramos o tema subordinado **“percepção das competências profissionais no trabalho com o luto”**, em que participantes deste estudo mencionam sentir-se com aptidão para intervir na presente área em estudo (tabela 7).

Por fim, de acordo com o discurso dos nossos participantes, por exemplo E: “terminou e era uma história em que o luto, a origem e no fundo o que levava as dificuldades principais daquela pessoa e esse acompanhamento já terminou e... bem-sucedido a pessoa ultrapassou”, encontramos o tema subordinado **“percepção do sucesso dos próprios serviços prestados no luto”**, onde os participantes reconhecem que têm sido bem sucedidos no trabalho com o luto.

Tabela 7
Percepção pessoal de intervenção com o luto

Tema superior	Tema subordinado	Indicadores	Exemplos
Percepção pessoal do trabalho com o luto	Confiante nos próprios serviços prestados no	Reconhece que se sente seguro ao trabalho com	B: “É assim, eu sinto que tenho

luto	o luto (P-7/C-8)	competências para o fazer” H: “Sinto-me muito bem... muito bem ... não tenho qualquer dificuldade”
Percepção das competências profissionais no trabalho com o luto	Reconhece que é capacitado para trabalhar com o luto (P-4/C-6)	B: “Sinto-me com competências para trabalhar, neste processo” F: “mas acho que aquilo que tenho neste momento que me dá algum crédito para poder trabalhar na área”
Percepção de sucesso dos próprios serviços prestados no luto	Reconhece que tem atingido bons resultados no trabalho com o luto (P-2/C-3)	A: “competência advém do sucesso que tenho tido no processo de luto”

7.4. Crenças religiosas

Tendo em conta umas das dimensões em estudo, importa analisar os dados recolhidos acerca das crenças religiosa. Deste modo, encontramos um tema superior denominadas **“crenças religiosas”**, com o objetivo de perceber quais as crenças religiosas dos participantes bem como a percepção que os mesmos têm em relação a esta dimensão. Assim, surge o tema subordinado **“crente não praticante”**, em que é mencionado a existência de crença religiosa sem a prática da mesma. É ainda relatado que as crenças religiosas fazem parte da vida, assim, encontramos o tema subordinado **“percepção pessoal das crenças religiosas no ciclo de vida”**. Posto isto, os participantes referem que tendo em conta as suas crenças religiosas, utilizam as mesmas nos seus processos de luto, como podemos verificar no discurso de D: “acredito lá está, que influenciem e.... em termos pessoais permanentemente e vamos construindo as nossas teorias ao longo da vida e vão mudando”, encontrando assim o tema subordinado **“uso das crenças religiosas nos próprios processo de luto”**. No entanto, segundo o tema subordinado **“ausência de crenças religiosas pessoais”**, alguns participantes não perfilham de crenças religiosas.

Ainda dentro da dimensão religiosa, encontramos o tema superior” **influência da crença religiosa**” (tabela 8). Este tema tem como propósito compreender o efeito da religião na vida das pessoas bem como na escolha de um psicólogo para iniciar um acompanhamento terapêutico. Os resultados revelam a influência da crença religiosa na vida, uma vez que é referenciado, que ter uma perspectiva cristã ao encarar a morte proporciona uma vivência do luto diferente como refere o participante **H**: “existência de crenças religiosas, a existência por exemplo da crença de que a vida não termina aqui de... seja numa perspectiva cristã seja numa perspectiva de reencarnações faz ter uma experiência completamente diferente perante uma perda”, surgindo assim o tema subordinado “**efeito das crenças religiosas na vida**”. Ainda relativamente ao tema superior, acima mencionado, deparamo-nos com a “**procura de psicólogo relacionado com as crenças religiosas do mesmo**”, (tema subordinado), em que os participantes referem que já aconteceu serem escolhidos de acordo com a sua posição religiosa, como refere o participante **C**: “no contexto de acompanhamento de pessoas de padres, de religiosos sobretudo que me procuram exatamente porque me conhecem qual é também a minha formação, o meu posicionamento em respeito ao fator religioso”.

Tabela 8
Crenças religiosas

Tema Superior	Tema subordinado	Indicadores	Código
Crenças religiosas	Crente não praticante	Refere que não tem prática religiosa (P-2/C-2)	F : “sou crente, mas não sou praticante”
	Perceção pessoal das crenças religiosas no ciclo de vida	Indica a perceção das crenças religiosas na vida (P-1/C-2)	F : “Pronto... é muito nessa perspectiva, que faz parte e que está relacionada com muitas coisas da vida sim.”
	Uso das crenças religiosas nos próprios processo de luto	Menciona que recorre às próprias crenças religiosas para superação de luto (P-2/C-4)	D : “Acredito lá está, que influenciem e.... em termos pessoais permanentemente e vamos construindo as nossas teorias ao longo da vida e vão mudando.”

	Ausência de crenças religiosas pessoais	Reconhece a ausência de crenças religiosas (P-2/C-2)	H: “Porque principalmente... eu não sou ... não sou católica...”
Influência das crenças religiosas	Efeito das crenças religiosas na vida	Indica o impacto das crenças religiosas (P-3/C-5);	F: “Se tinha impacto ou não e efetivamente eu acho que sim, que as crenças, tudo que tenha a ver com a religião tem muito poder” E: “? Quando há uma crença numa vida depois da vida terrena, não é? Quando há uma crença numa vida eterna, numa ressurreição, isso influência diria dramaticamente a forma como se interpreta a morte não”
	Procura de psicólogo relacionado com as crenças religiosas do mesmo	Indica que a crença religiosa dos psicólogos influencia na procura dos mesmos (P-2/C-2)	B:” procuram exatamente porque me conhecem qual é também a minha formação, o meu posicionamento em respeito ao fator religioso”

Considerando que os participantes afirmam utilizar as crenças religiosas nos próprios processos de luto bem como o impacto que as mesmas têm na superação do luto, surge assim o tema superior **intervenção no luto com crenças religiosas**”, sendo que este tema pretende compreender a utilização da religião no processo terapêutico. No que concerne ao tema subordinado **“crenças pessoais não interferem no processo terapêutico”**, é referido pelos participantes, que as suas crenças pessoais não são envolvidas no trabalho com o luto. No entanto, contrapondo com o que foi anteriormente mencionado, existem participantes que relatam que a crença religiosa dos

mesmos tem influência no trabalho com o luto, surgindo assim o tema subordinado **“crenças pessoais influenciam no processo terapêutico”** (tabela 9). É ainda relatado que as crenças religiosas dos utentes são tidas em conta no acompanhamento psicológico, caso o mesmo se considere religioso, deste modo, encontramos o tema subordinado **utilização das crenças religiosas do utente no acompanhamento psicológico**. Posto isto, foi encontrado o tema subordinado **“utilização das crenças religiosas como *coping* religioso”**, sendo mencionado pelos nossos participantes o recurso à religião como uma estratégia de *coping*. É ainda mencionado a importância de existir neutralidade em relação às crenças religiosas na intervenção com o luto, uma vez que estas poderão ser diferentes à religião dos mesmos, desta forma surge o tema subordinado **“importante a neutralidade acerca de crenças religiosas diferentes”**.

Considerando ainda a dimensão religiosa, surge como tema subordinado **“intervenção no luto com a espiritualidade”**, com o objetivo de perceber a utilização da espiritualidade no processo terapêutico. A utilização desta dimensão é referida no acompanhamento terapêutico no luto se a pessoa estiver disponível para trabalhar com a mesma, como refere o participante **H**: “o que posso eventualmente uma vez que tenho um conhecimento vasto de espiritualidade é perguntar se a pessoa está recetiva a conversar sobre espiritualidade”, surgindo assim o tema subordinado **“aborda a espiritualidade no processo terapêutico”**. Porém, surge um outro tema subordinado denominado por **“ausência da dimensão espiritual nas pessoas em acompanhamento terapêutico”**, em que os participantes revelam que as pessoas não acreditam no transcendente, como refere o participante **E**: “tive utente que pronto não acreditam no transcendente numa vida após”.

Para os participantes há que ter em consideração alguns **“elementos chaves de intervenção com as crenças religiosas”** (tema superior). Com este tema, é referida a importância de avaliar as suas próprias crenças religiosas, se as mesmas estão a interferir no processo terapêutico, como podemos verificar no relato do participante **D**: “100% profissionais e que as nossas crenças não influenciem é importante é chamá-las pelos nomes e perceber quando elas estão a influenciar e o quê que está a acontecer isso é muito importante”, desta forma encontramos o tema subordinado **“avaliar se as crenças pessoais estão a influenciar no processo terapêutico”**. Encontramos ainda um outro tema subordinado **“aceitação/respeito das crenças religiosas do outro”**, em que os psicólogos deste estudo demonstram a importância de aceitar e respeitar as

crenças religiosas da pessoa que está em processo terapêutico (tabela 9). Por fim, surge o tema subordinado **“avaliar as crenças religiosas do outro no processo terapêutico”**, onde os participantes mencionam a relevância de obter conhecimento acerca das crenças religiosas ou da posição religiosa das pessoas que estão no processo terapêutico, como refere o participante **H**: “o que eu acho que é importante e isso eu acho que é muito importante é conhecer as crenças religiosas da pessoa se existem ou não existem”.

Tabela 9
Intervenção no luto com as crenças religiosas

Tema Superior	Tema Subordinado	Indicadores	Exemplos
Intervenção no luto com crenças religiosas	Crenças pessoais não interferem no processo terapêutico	Refere que as crenças religiosas pessoais não entram no trabalho com o luto (P-5/C-13)	H : “eu costumo explicitar também sempre que o que eu acredito não é importante, que eu vou trabalho... explico sempre eu vou trabalhar consigo tendo em conta as suas perspetivas, as suas crenças porque é isso que tem impacto no seu processo”
	Crenças pessoais influenciam no processo terapêutico	Refere que as crenças religiosas pessoais entram no trabalho com o luto (P-1/C-2)	E : “pronto visto que no acompanhamento psicológico também... ahmm... não digo que a forma como eu olho para a questão não tenha influencia minha... da religião que eu sigo naturalmente”
	Utilização das crenças religiosas do utente no acompanhamento psicológico	Refere a utilização das crenças religiosas como recurso no processo terapêutico (P-5/C-8)	A : “se bem que todas as mensagens religiosas são muito importantes e utilizo muito se a pessoa for religiosa “
	Utilização das crenças religiosas como <i>coping</i> religioso	Identifica a importância do <i>coping</i> religioso (P-2/C-3)	A : “É uma estratégia de <i>coping</i> , ter fé é fundamental e ter fé é maravilhoso

	Importante a neutralidade acerca de crenças religiosas diferentes	Importância de não demonstrar o que sentimos perante crenças religiosas diferentes (P-2/C-2)	D: “autoavaliação sim, mas muito focada no outro e de maneira a tentar que não... que não transpareça nada da nossa parte em termos pessoais.”
	Ausência de crenças religiosas diferentes em contexto terapêutico	Indica que na intervenção não surgiu crenças díspares ao do psicólogo (P-1/C-2)	E: “por acaso em todos os acompanhamentos que eu tive nunca surgiu uma ... por acaso nunca surgiu assim uma religião diferente”
	Aborda a espiritualidade no processo terapêutico	Menciona que aborda a espiritualidade caso a pessoa esteja recetiva (P-1/C-2)	H: “o que posso eventualmente uma vez que tenho um conhecimento vasto de espiritualidade é perguntar se a pessoa está recetiva a conversar sobre espiritualidade isso sim... isso sim acho que é útil
	Ausência da dimensão espiritual nas pessoas em acompanhamento terapêutico	Identifica a dificuldade da existência espiritual (P-2/C-2)	C: “hoje também aqui encontramos dificuldade para uma presença significativa do ponto de vista espiritual
Elementos chaves de intervenção no luto com crenças religiosas	Avaliar as crenças religiosas do outro no processo terapêutico	Mencionar a importância de ter conhecimento acerca das crenças religiosas do outro (P-3/C-4);	F: “Eu acho que cada um tem as suas crenças, agora que efetivamente é importante avaliar isso no processo terapêutico”
	Aceitação/Respeito das crenças religiosas do outro	Refere que aceita e respeita a crenças do utente meso que sejam diferentes da sua (P-5/C-11)	F: mas eu não discuto crenças (...), acho que temos de respeitar e ter aqui algum nível de isenção” G: “porque claro que são crenças e mesmo que eu não acredite eu tenho de aceitar do outro lado”

Avaliar se as crenças pessoais estão a influenciar no processo terapêutico	Menciona a importância de analisar se as crenças pessoais estão a interferir (P-2/C-4)	H: “em primeiro lugar acho importante que as pessoas terem noção...estarem atentas se as suas experiências religiosas ou não, não influenciam o processo, portanto estarem recetivos a experiência ou não daquela pessoa não podemos impor a nossa crença isso não pode influenciar acho que isso é importante”
--	--	--

7.5. Serviços prestados

Continuando com a análise de resultados, deparamo-nos com a existência de um tema superior intitulado de **“serviços prestados em psicologia (contexto nacional)”** (tabela 10). Dentro deste tema, encontramos o tema subordinado “perceção do serviço de psicologia (contexto nacional), em que os resultados indicam que a perceção dos psicólogos deste estudo, acerca do funcionamento do serviço de psicologia a nível nacional é mau. Os resultados revelam ainda o pouco acesso a este serviço e a falta de psicólogos nos serviços nacionais. No entanto, nem todos os participantes corroboram esta ideia, dado que alguns referem este serviço como apropriado. A **“utilização de psicofármacos de forma exagerada”** é tida como um tema subordinado, em que segundo os psicólogos deste estudo, este aumento deve-se ao que foi descritos nos resultados acima, assim como à não continuidade do processo terapêutico, como refere o participante **F** “(...) esta questão dos antidepressivos, isto só acontece porque as pessoas acabam por não ter aqui um apoio continuado, não é?! E como se sentem emocionalmente muito instáveis e débeis acabam por se agarrar aqui a uma medicação (...)”.

Atendendo aos resultados acima descritos, emerge o tema superior **“alteração dos serviços prestados (contexto nacional)”** (tabela 10), onde é proposto pelos participantes algumas sugestões para alterar o serviço nacional, assim encontramos o tema subordinado **“mudança no contexto nacional na psicologia”**, sendo relatado a

necessidade de haver mais psicólogos no serviço nacional de saúde como por exemplo nos hospitais e centros saúde. É mencionado ainda a necessidade de “**investir na prevenção/promoção**”, sendo este um tema subordinado. Um outro tema subordinado que encontramos diz respeito a “**facultar informação sobre a temática do luto na população**”, onde é exposto a necessidade de informar mais os cidadãos acerca do luto, dado que ainda é considerado um tabu, como refere o participante **G**: “se calhar haver mais informação sobre a situação que as vezes é um bocadinho tabu”. Considerando estes resultados, deparamo-nos com o tema subordinado “**demonstrar a importância do papel da psicologia**”. Este consiste na importância de transmitir o papel da psicologia no trabalho com o luto bem como a necessidade de mudança em relação ao estigma existente acerca da psicologia, como expõe o participante **E**: “há uma questão cultural essa é se calhar é das primeiras que eu identificaria como a necessidade de sensibilização para aquilo que é o nosso trabalho para quê que nós existimos, para o que nós fazemos”.

Tabela 10
Serviços prestados e alterações dos mesmo no contexto nacional

Tema superior	Tema subordinado	Indicadores	Exemplos
Serviços prestados em psicologia (contexto nacional)	Perceção do serviço de psicologia (contexto nacional)	Refere a perceção dos serviços prestados na área da psicologia no âmbito do luto: bom (P-2/C2); pouco acesso à psicologia (P-3C-4); poucos psicólogos (P-1/C-4); funciona mal (P-2/C-7)	D : “Podiam ser melhores... podiam ser melhores” F : “Mas acho que está a existir mudanças, não podemos ser totalmente pessimistas. Ainda não está no adequado, mas para lá caminha”
	Utilização de psicofármacos de forma exagerada	Refere o aumento de antidepressivos em resposta à falta de continuidade das intervenções psicológicas (P-2/C-3)	C : “temos um uso descabido de psicofármacos”
Alteração dos serviços prestados (contexto nacional)	Mudança no contexto nacional na psicologia	Indica a necessidade de mais psicólogos (P-1/C-2); Indica a necessidade mais psicólogos no setor público (P-3/ C-8)	A : “Que houvesse psicólogos em todos os lados” D : “dotar os centros de saúde com psicólogos mais psicólogos”

Investir na Prevenção/ promoção	Indica a necessidade de apostar na prevenção e promoção (P-1/C-4)	F: “Tudo que seja feito no âmbito da prevenção e promoção hummm vai aqui facilitar depois os prejuízos, não é?! ”
Facultar informação sobre a temática do luto na população	Identifica a necessidade de abordar o luto na população e dar mais informação sobre o mesmo (P- 2/C-3)	G: “se calhar haver mais informação sobre a situação que as vezes é um bocadinho tabu”
Demonstrar a importância do papel da psicologia	Menciona a relevância de demonstrar o papel da psicologia (P- 2/C-2); necessidade de mudança cultura (P- 1/C-2).	D: “e precisamos de melhorar la esta e também de mostrar que temos ... que temos um papel importante e ajude a termos mais” E: “há pessoas que têm uma ideia tão formatada sobre aquilo... aquilo que se passa dentro de uma consulta de psicologia que... pronto... é uma questão cultural e uma questão”

8. Discussão

Considerando os resultados acerca do conceito de luto, os participantes relatam que o luto pode ser vivenciado em várias situações não só como morte. Nas situações de perda não como morte, na maioria das vezes não são reconhecidas socialmente, assim como pela a pessoa que experiência este tipo de perdas e tem sintomas similares ao do luto como morte. Cohen (1996), estudou como as pessoas diferenciavam as suas experiências de luto, tanto relacionadas à morte como uma perda e associados ao luto não como morte. Os resultados revelaram que a perda não relacionada com a morte poderia provocar sentimentos similares aos experienciados em relação ao luto como

morte. Demonstraram ainda, que as pessoas que sofreram perdas simbólicas são menos propensas a procurar ajuda. Posto isto, segundo Walsh (2012), é fundamental que os psicólogos trabalhem com os enlutados de modo a compreenderem que tipo de perdas é que estão a gerar reações de luto.

Os resultados demonstram também a escassa ou mesmo a inexistência de formação académica no âmbito do luto, no entanto há evidências que foi pontualmente abordado em algumas unidades curriculares esta temática. Indo de encontro ao que é referido por Ferreira, Queiroz, Lira e Siqueira (2009), dado que relatam que nos currículos académicos existem poucas disciplinas ligadas à saúde e, mais especificamente, ao trabalho do psicólogo com a morte. Até mesmo em disciplinas relacionadas à área da saúde o tema da morte não está inserido no conteúdo programático. Deste modo, os participantes declaram que necessitaram de formação complementar de modo a combater esta falha, procurando pelos próprios meios obter maior conhecimento, recorrendo assim a leitura de livros, sendo esta uma forma autodidata de busca pelo conhecimento, a participação em *workshop's* e cursos sobre o luto e a perda, permitindo-os trabalhar de forma mais adequada. Este facto vai de encontro ao estudo realizado por Hunt e Rosenthal (1997) com 153 psicólogos, onde verificaram que apesar de 62% dos participantes tivessem recebido algum nível de formação em questões de morte e da perda tanto na faculdade como na pós-graduação, 72% expressaram a necessidade de formação adicional neste tema. Também num estudo conduzido por Breen (2011) onde participaram 19 psicólogos, 10 destes referem que continuaram a participar em formação acerca do luto, tanto por meio de seminários, *workshops*. Sete participantes relataram ainda, a obtenção de conhecimentos através de livros e cursos, no entanto apenas 3 dos 19 participantes deste estudo obtiveram conhecimento através de artigos periódicos. Fica evidenciado a importância de estudar acerca destas temáticas por parte dos psicólogos, tanto para aqueles que ainda se encontram em processo de formação bem como para aqueles que já têm bastantes anos de experiência profissional.

No que diz respeito à intervenção no luto, os modelos teóricos de intervenção são fundamentais na prática psicológica, dado que possibilitam uma intervenção mais organizada e orientada. Posto isto, os resultados evidenciam que o modelo comportamental, o modelo cognitivo-comportamental, o modelo construtivista bem

como o modelo relacional simbólico e sistémico foram os mais mencionados pelos participantes.

No que concerne ao modelo comportamental, é visto como um facilitador de mudanças (Wilson, 2000), dado que este procura ajudar o utente a eliminar uma grande variedade de comportamentos não adaptados e indesejados, próprios da sintomatologia do luto, substituindo-os por comportamentos adaptados que permitam ao sujeito atingir e manter objetivos pré-estabelecidos em terapia. São usados conhecimentos científicos e técnicas experimentais para ajudar os sujeitos a definir e diluir uma grande variedade de problemas humanos, os quais não seria capaz de resolver sozinho. Estritamente relacionado com este modelo encontra-se o modelo cognitivo-comportamental, dado que ambos se unificaram na década de 60, embora ainda haja psicólogos que consideram uma mais-valia utilizar o modelo comportamental isolado do modelo comportamental cognitivo (Wright & Thase, 2008), como se verifica nos nossos resultados. Relativamente ao modelo cognitivo comportamental, este baseia-se em dois princípios fundamentais. Estes referem-se ao facto de as nossas cognições terem influência no nosso comportamento e nas nossas emoções e o modo como agimos ou nos comportamentos poderá afetar profundamente os nossos pensamentos e consequentemente as nossas emoções (Wright & Thase, 2008). Sabe-se que ao longo da vida são construídas cognições sobre o mundo, sobre o futuro e sobre si mesmo. Mediante essas cognições, por vezes, as pessoas fazem interpretações erradas acerca de acontecimentos vividos, levando a que haja sofrimento emocional, físico e psicológico.

Segundo Dattilio e Freeman (2004), no meio desses eventos, as situações de perda de um ente querido podem ser ativadoras de crenças disfuncionais. Assim, o objetivo da TCC perante situações de luto é diminuir os sintomas provocados por uma perda. Para isso, Boelen e Keijser (2007) realizaram um estudo no qual compararam a TCC e um tratamento de suporte dado a enlutados com diagnóstico de luto complicado. O estudo contou com 54 enlutados com níveis clinicamente significativos de luto complicado. Os enlutados foram divididos em três grupos: reestruturação cognitiva, exposição e apoio social. Os resultados revelaram que os dois grupos que receberam TCC melhoraram mais do que o terceiro grupo. Assim, em geral, os resultados indicam a superioridade da TCC em relação ao tratamento de suporte. A comparação das estratégias de TCC no luto complicado mostrou que a exposição foi mais efetiva que a construção cognitiva. Uma possível explicação para a superioridade da exposição sobre

a construção cognitiva está na inclusão de elementos emocionais e comportamentais, sustentando assim a escolha deste modelo teórico por parte dos participantes.

O modelo construtivista é também um dos modelos que predomina nos resultados. É importante ter ciente que cada pessoa envolve-se de forma única e particular no desafio de encontrar e dar sentido à vida perante a situação de perda de um ente querido (Neimeyer, 2000). O processo de luto trata-se de um processo construtivo em que a pessoa enlutada terá que desenvolver novas estratégias para lidar com a situação, estabelecendo, deste modo, uma ligação entre o passado, o presente e o futuro (Stroebe, 2002). Os seres humanos são tidos como participantes ativos na construção das suas próprias histórias, capazes de organizar a pluralidade de experiências de vida em histórias pessoais ou novas narrativas, de forma a que possa ser compartilhado e construído com os outros (Bruner, 2004). O facto de possuir novas estruturas de significado torna-se útil para o indivíduo dar sentido à sua experiência e consequentemente minimizar sintomas de mal-estar, como diminuição da angústia (Gillies & Neimeyer, 2006). De acordo com Stroebe, Hanson, Stroebe e Shut (2001), cada pessoa tem um papel fundamental na construção da sua realidade e o luto é percebido quando enquadrado numa situação geográfica, temporal e de grupo. A sua vivência depende do acordo entre a cultura e as crenças da pessoa. Esta sinergia permite-nos compreender e justificar os diferentes padrões de significação acerca da morte, partindo do pressuposto que estes são constantemente influenciados pelos contextos socioculturais. A elaboração desta abordagem sugere que, para uma melhor compreensão da situação de perda e do sofrimento devem ser consideradas as diferentes formas em que, diferentes pessoas interpretam a experiência de perda, de modo a que estes aspetos sejam facilitadores do processo de reconstrução pessoal (Neimeyer, 2001), no entanto Currier, Holland, e Neimeyer (2006) referem estudos sobre o luto que têm apoiado a importância do modelo de reconstrução de significado na construção de uma nova história de vida e de perda mais adaptativa.

No que diz respeito ao modelo relacional simbólico não foram encontrados estudos que revelem a sua eficácia no luto, no entanto este modelo está relacionado a família sendo esta constituída por vínculos. Segundo Andolfi (1981) a família é um sistema de relações que ultrapassa e articula dentro dela diversas dimensões individuais. Por sua vez, Minuchin (1977) refere que a família um sistema onde as transformações são um continuo decorrendo do seu ajustamento às diferentes fases do desenvolvimento

desta. A terapia familiar sistêmica baseia-se numa nova abordagem de pensar e ver o outro. Outro esse que não é visto de forma separada do espaço e do tempo, é sim visionado como peça do puzzle, a sua família. Em oposição a outros métodos e modelos teóricos de referência onde a ênfase é posta sobre a patologia ou sobre a pessoa ou como pessoa individual, no caso sistêmico, familiar ou de casal, esse carácter “simplificador” não se observa. A pessoa é então vista como um elemento representativo e resultante do problema de funcionamento familiar onde está inserido. A família da pessoa em terapia sistêmica entra numa posição de entendimento das problemáticas individuais enquanto constituinte das trocas relacionais. Assim, os seus elementos são envolvidos no processo de modo a que haja mudança interna de cada familiar (Gameiro, 1998). Sendo o luto um acontecimento natural, é vivido tanto ao nível individual como também no contexto familiar sendo que uma perda pode trazer implicações no funcionamento e na dinâmica familiar tendo em conta que a família é vista como um sistema integrado de relações, como já foi referenciado (Krameer, Kavanaugh, Trentham, Walsh & Yonker, 2010), deste modo é importante a intervenção nas famílias.

Desta forma, tendo por base os modelos teóricos os participantes fazem referência à utilização de várias estratégias de intervenção. A psicoeducação foi a estratégia mais uma mencionada no nosso estudo talvez porque há estudos que relevam que a psicoeducação beneficia as pessoas enlutadas ao auxiliar a compreender e a descobrir os aspetos universais da experiência de luto (Zisook & Shuchter, 2001). As cartas narrativas também é uma estratégia relatada pelos participantes deste estudo, tendo como ponto central as intenções e efeitos causados na pessoa e no psicólogo. Estas, são utilizadas em diversas situações, evidenciando experiências traumáticas (Esterling, L’Abate, Murray & Pennebaker, 1999), como por exemplo o luto. As cartas narrativas têm como objetivos o crescimento da pessoa e uma nova forma de ver o futuro (Goldberg, 2000). No que diz respeito à estratégia de reconstrução de significado, em que aqui é direcionada para a adaptação à perda de forma a reconstruir uma nova realidade (O’Connor, 2003). Segundo Attig (2001), o processo de luto compreende uma reaprendizagem para viver sem a pessoa que faleceu. Esta estratégia permite renovar esperanças e atribuir novas interpretações a questões da autonarrativa e da autocopreensão, além de reavaliar o lugar da pessoa no mundo, tendo sempre como base os novos significados que foram criados.

A estratégia de cadeira vazia é mencionada pelos nossos participantes como importante no trabalho com o luto pois, segundo Worden (2013) é fundamental na intervenção no luto, uma vez que para este é relevante que as pessoas falem diretamente para o falecido em vez de falar diretamente para o psicólogo. Conversar com a pessoa falecida tem maior impacto do que falar sobre ela (Polster e Polster, 1973). Uma outra estratégia destacada pelos nossos participantes é a abordagem centrada na pessoa, Moreira (2010), refere que o psicólogo rejeita o papel de especialista, tornado a relação entre utente-psicólogo mais pessoais, levando a que a sessão seja orientada pela pessoa. Existem certezas de que o terapeuta é mais relevante do que sua técnica ou do que sua direção teórica, focalizando, assim, na relação entre terapeuta e utente (Wood, 1985). Esta abordagem usa técnicas não diretivas como a escuta ativa, empatia, congruência e aceitação incondicional.

Assim sendo, os participantes revelam a utilização de elementos chaves de que os auxiliam na intervenção com o luto. Segundo os mesmos é importante avaliar a história de vida pessoa pois como refere Cutcliffe (1998), numa primeira fase deve-se realizar uma avaliação exaustiva e cuidada da situação da pessoa. Validar o sofrimento e permitir que a pessoa fale sobre o mesmo, são considerados elemento chaves de intervenção no luto, dado que é crucial que o psicólogo auxilie a pessoa a identificar e a verbalizar os seus sentimentos, a sua dor e sofrimento, visto que isto favorecerá o reconhecimento, a validação e a normalização das suas emoções (Matthews & Marwit, 2004) e desta forma explorar o significado que estas atribuem, dado que a intervenção deve ajudar a pessoa a elaborar a perda (Cutcliffe, 1998). A isenção de julgamentos é também vista como um elemento chave na intervenção, pois segundo o código deontológico da OPP (2016), os psicólogos devem olhar para a pessoa como um ser único, sendo que ao respeitar a mesma, aceitam-na de forma incondicional com todas as suas opiniões, proporcionando uma relação empática entre utente-psicólogo pois o utente compreende que o profissional aceita e compreender os seus sentimentos (Rogers, 2010).

Relativamente às crenças religiosas/espirituais a maioria dos participantes consideram-se religiosos não praticantes. O facto de se considerarem religiosos pode facilitar o respeito por esta dimensão na vida dos outros (Elkins & Shafranske, 1987). É também possível constatar que as crenças religiosas tiveram/têm uma grande influência no desenvolvimento bem como nos comportamentos dos participantes corroborando

com os dados recolhidos no QSD, mesmo os que não se consideram religiosos, relaram a influência desta dimensão no seu desenvolvimento, nas opções que tomam face à vida, no seu comportamento e nas suas decisões. Estes resultados poderão estar relacionados com o facto de 81% da população portuguesa ser católica, fazendo com que a educação recebida ao longo do seu desenvolvimento, seja direccionada para os valores religiosos. Importa realçar que os participantes identificam as dimensões relativas ao desenvolvimento bem como ao comportamento com maior influência da religião. Isto advém do facto de a religião fazer parte da cultura do ser humano (Pessanha & Andrade, 2009) e como tal estar presente nas várias dimensões da vida humana.

O uso das crenças religiosas no processo terapêutico é também evidenciado pelos participantes, sendo afirmado que se a pessoa for religiosa as suas crenças entrem no processo terapêutico. Richards e Bergin (1998), referem algumas razões para o psicólogo integrar as crenças religiosas dos seus utentes no processo terapêutico. Esta inserção, segundo os autores, leva à compreensão da relação que os utentes têm com a religião originando também um maior entendimento por parte dos psicólogos como o utente vê o mundo. Uma outra razão é a possibilidade de compreender se as crenças religiosas dos seus utentes são uma mais-valia ou não e qual a influência desta na resolução dos seus problemas. Auxilia também na intervenção podendo usar intervenções orientadas mais para o fator religioso. Importa ainda referir que não se pode separar a experiência religiosa do indivíduo no decurso da terapia (James, 2009). Deste modo, é importante que o psicoterapeuta não desconsidere a relação pessoa-religião com a finalidade que a relação empática entre o terapeuta e a pessoa aconteça.

Para ocorrer esta integração, e considerando os resultados obtidos, as crenças religiosas do próprio psicólogo não pode influenciar o processo terapêutico de modo a que estas não interfiram no modo como o psicólogo entende as concepções do seu utente. Assim, A aceitação/respeito pelas crenças religiosas do outro é tida como elemento chave de intervenção com as crenças religiosas, sendo que esta relação empática possibilita que a pessoa se sinta bem no processo terapêutico independentemente se a sua crença religiosa é idêntica ou não à do terapeuta. Um aspeto importante na inserção das crenças religiosas da pessoa em contexto terapêutico é a neutralidade, a isenção de julgamentos, de acordo com os dados obtidos na nossa investigação, corroborando com a afirmação proferida por Post e Wade (20009), existem psicólogos que têm a preocupação de escutar os problemas das pessoas sem impor as suas próprias

crenças/valores. Estes elementos ao serem tidos em conta no acompanhamento psicológico auxilia na construção de uma boa relação entre psicólogo e utente (Brown, Elkonin & Naicker, 2011)

A religião é também utilizada como estratégia de *coping* pelos nossos participantes em contexto terapêutico. As práticas religiosas podem ter uma influência importante na forma como as pessoas interpretam eventos traumáticos e lidam com eles, promovendo percepções resilientes e comportamentos como a aprendizagem positiva da experiência, o amparo para a superação da dor psicológica e a autoconfiança ao lidar com as adversidades. O *coping* religioso é uma das formas de lidar com as ameaças e com o stress (Pargament, 1997). Um estudo realizado com 560 participantes, verificou que os aspetos como a reza e a forma de rezar são as variáveis que exibiram efeitos positivos sobre a qualidade de vida (Panzini, Rocha, Bandeira & Fleck, 2007).

De acordo com o relato dos psicólogos deste estudo o fator religioso dos mesmos é importante na escolha das pessoas, tornando esta dimensão relevante uma vez que Wade, Worthington e Vogel (2007) indicam que se a crença religiosa da pessoa for igual ao do psicoterapeuta estes sentem-se mais próximos e a intervenção terapêutica tem mais eficácias. Para algumas pessoas, a dimensão religiosa tem um valor crucial na vida das mesmas e por esta razão procuram terapeutas religiosos para que não tenham de se expor a psicoterapeutas que tenham crenças diferentes (Worthington & Sandage, 2001).

Existem vários contextos profissionais onde o psicólogo pode exercer o aconselhamento no luto e aplicar os conhecimentos anteriormente referidos de acordo com o contexto que estejam a desempenhar o seu papel. Assim, importa ainda salientar que são diversos os contextos de trabalho no âmbito de luto referidos pelos participantes. A atuação junto a idosos é outro campo de trabalho para os psicólogos, pelas dificuldades psíquicas e sociais ligadas ao envelhecimento e pelo fato de estarem, pela idade, mais próximos da morte, corroborando com os resultados referentes à experiência profissional no luto em lares. É fundamental neste tipo de instituições a integração do psicólogo em equipas multidisciplinares com o objetivo de contribuir para o bem-estar e melhoria da qualidade de vida dos idosos, mas também intervir com técnicas específicas do trabalho do psicólogo para trabalhar com o luto de modo a proporcionar a adaptações de mudanças de vida (APA, 2004), corroborando com

Worden (2002), que menciona que o idoso deve ser acompanhado psicologicamente de modo a que este possuía um maior entendimento para aceitar a morte.

O trabalho desenvolvido na intervenção do luto em contexto escolar, também foi uma das experiências profissionais encontradas com a análise de resultados, dado que o luto pode interferir no funcionamento normal de uma criança. O objetivo de trabalhar o luto em escolas é o de ajudar as crianças a aceitar a perda, trabalhar a dor associada e a emoção associada à perda e auxiliar na adaptação da vida sem a pessoa que faleceu (Guidry, Simpson, Test & Bloomfield, 2013). Os psicólogos inseridos neste contexto profissional necessitam de ter conhecimentos para oferecer apoio escolar às crianças enlutadas. Estes conhecimentos são referentes ao acompanhamento psicológico, à psicoeducação acerca da temática do luto e promover a normalização da experiência (Balk, Zaengle, & Corr, 2011), assim, o psicólogo é um importante auxílio para os alunos enlutados, de modo a que estes possam lidar da melhor forma com a perda e o luto. Educar as crianças sobre o processo de luto possibilita uma maior compreensão em relação as percepções erróneas normais da infância relativamente ao luto, bem como auxilia as mesmas a expressarem sentimentos, preocupações e ansiedades associadas à perda (Heath & Cole, 2011). Deste modo, Naletto (2005), menciona que é de suma importância as escolas prepararem-se para lidar com a morte e o luto, indo de encontro ao que Kovács (2010) refere, dado que para a autora a escola deve oferecer suporte aos alunos enlutados, pois a morte está presente na vida das crianças e dos adolescentes visto que estes passam grande parte do seu tempo na escola. Estudos realizados no Reino Unido, Estados Unidos da América e Brasil, revelam que a compreensão do luto pelas escolas, pode ser muito positiva na gestão das perdas emocionais, contudo, em Portugal, ao contrário de outros países, a temática do luto tem recebido pouca atenção por parte da comunidade académica (Granja, 2013).

Porém, importa contrapor este resultado com um outro, este não considerado por não ir de encontro aos objetivos de investigação. Este é referente à “não atividade profissional relacionada com o luto” (anexo D), em que é mencionado uma experiência profissional em contexto escolar sem o contacto com este fenómeno, o que poderá indicar a pouca atenção da comunidade académica acerca deste tema neste contexto, como já foi evidenciado. Esta não atenção, poderá afetar percurso escolar, além da morte de um ente querido em que o aluno poderá não saber como lidar com a perda, as mudanças desenvolvimentais próprias da infância e da adolescência poderão conduzir a

sentimentos idênticos aos de luto como morte e estes não estarem preparados para as mudanças inerentes ao crescimento e/ou às mudanças de contexto (mudança de escola, mudança de pares).

Uma outra experiência profissional revelada pelos resultados está ligada aos cuidados continuados, segundo Trindade (1999) este contexto tem como finalidade promover a adaptação à situação tanto da pessoa como da família, sendo importante a utilização de estratégias de confronto e os processos de ajustamento psicológico. A atuação do psicólogo em cuidados continuados tem revelado de suma importância, tendo em conta que são cuidados destinados a pessoas que requerem assistência e acompanhamento bem como permite dar respostas às necessidades psicológicas dos doentes e das famílias, tornando-lhe acessíveis diversas formas de ajuda e de acompanhamento psicológico.

No que diz respeito à alteração dos serviços prestados em psicologia no contexto nacional, os participantes referem a necessidade de mais psicólogos nos centros de saúde assim como nos hospitais, uma vez que em Portugal, à exceção dos hospitais psiquiátricos e departamentos de psiquiatria nos hospitais em geral, confirma-se a escassa implementação dos psicólogos nos serviços de saúde, tanto em centros de saúde como em hospitais centrais e distrais (Egger, 1994; Hornung & Gutsher, 1994; Schroder, 1994; Blanco & León, 1994). A prevenção/promoção também foi mencionada pelos participantes uma vez que para os mesmo devia haver mais investimentos nestas dimensões e de acordo com a OPP (2014), a análise do panorama da saúde psicológica em Portugal conduziu à quase ausência de programas de prevenção e promoção da saúde psicológica. A promoção da saúde é cada vez mais reconhecida como um elemento essencial para o desenvolvimento total. É um processo que permite que as pessoas tenham maior controlo sobre a sua saúde e melhorá-la (Organização Mundial de Saúde, 1986). Por sua vez, de acordo com a OPP (2016) a prevenção está diretamente ligada à promoção do bem-estar e qualidade de vida das pessoas, estando assim presente a importância/necessidade de investir nestas duas áreas.

Os participantes deste estudo mencionam a relevância de comunicar a informação acerca do trabalho da psicologia assim como do psicólogo à população, de modo a facilitar a adesão por parte dos cidadãos na procura de ajuda, assim como na intervenção, como sendo benéfica a longo prazo dado que, o psicólogo é essencial na medida em que auxilia a pessoa enlutada a enfrentar a perda de forma adaptativa.

Assim, o contributo dos psicólogos no bem-estar das pessoas é determinante, pois só com metodologias e técnicas psicológicas podem garantir alterações comportamentais, associadas a ganhos na saúde a longo prazo (OPP, 2018).

9. Conclusão

Como já foi referido, os objetivos deste estudo passaram por compreender as conceções dos psicólogos acerca do conceito de luto e morte, analisar a formação e experiência em acompanhamento no luto a partir da experiência dos participantes. Pretendemos ainda compreender os modelos teóricos bem como a intervenção no acompanhamento do luto e explorar as conceções religiosas/espirituais e os procedimentos de intervenção com estas dimensões.

Deste modo, foi possível compreender que o luto não é apenas interpretado como a morte de um ente querido, mas também como a perda de algo ou até alguma mudança que possa surgir na vida de qualquer pessoa, dado que inerente a estes acontecimentos, está a presente a necessidade de viver sem o que se perdeu. Logo, é importante que o psicólogo compreenda que tipo de luto é que a pessoa está a passar, para que o trabalho deste profissional seja adequado às necessidades do utente. Assim, e como já foi referido ao longo desta investigação, o trabalho do psicólogo é importantíssimo dado que auxilia a pessoa enlutada a lidar e superar a perda de modo adaptativo e ajustado. Para que o trabalho realizado pelos profissionais de saúde mental seja eficaz, é fundamental que haja formação específica neste âmbito. No entanto, com a realização deste estudo, foi possível concluir que o nível de formação académica no âmbito do processo de luto, é escassa, dado que os psicólogos que participaram nesta investigação sentiram, ao longo do seu trabalho com este fenómeno, necessidade de aprofundar os conhecimentos, através de leituras, frequentar *workshop's* ou até mesmo realizar cursos. Sendo por isso essencial um forte investimento na mudança do plano curricular do curso de Psicologia, como por exemplo inserir uma disciplina apenas centrada no luto ou até mesmo a implementação de um mestrado acerca desta temática, dado que para intervir com este acontecimento é necessário conhecimento específico, como ficou demonstrado ao longo desta investigação.

Deste modo, observamos que para uma boa intervenção e para obter os resultados pretendidos, é necessário ter presente elementos chaves de intervenção, como a validação do sofrimento, permissão para falar dos sentimentos, avaliar a história de

vida, explorar o significado do luto e isenção de julgamento. Estes elementos foram apontados como fundamentais para auxiliar a pessoa no processo de adaptação à perda. Fica ainda evidenciado a utilização de vários modelos teóricos no acompanhamento psicológico no luto, como o modelo relacional simbólico, modelo cognitivo-comportamental e o modelo construtivista. Estes modelos relatados pelos participantes, vão de encontro à revisão da literatura anteriormente realizada. Porém, não mencionam a utilização do modelo processo dual, sendo este estimado como um modelo com eficácia elevada no trabalho com o luto. Podemos considerar que esta falta de referência pode-se dever à pouca formação que os participantes têm neste âmbito. Apesar desta pouca formação académica, esta não interfere no sucesso interventivo dos mesmos, podendo indicar que a frequência e a procura pelo conhecimento teórico/prático realizado pelos participantes, conduza ao melhoramento da sintomatologia apresentada pelos utentes que estejam inseridos no acompanhamento psicológico devido a um luto.

No que concerne à dimensão religiosa e espiritual, concluímos que estas se revelam como fundamentais na superação do luto e como tal devem ser inseridas no contexto terapêutico, independentemente da posição religiosa do psicólogo. Esta inclusão, deve respeitar, segundo a generalidade dos participantes, a aceitação pela crença do outro, a presença de neutralidade, bem como uma avaliação da crença religiosa do mesmo. Constatamos ainda que para os participantes, é fundamental avaliar se a própria crença está a interferir no processo terapêutico dado que estes consideram relevante uma postura neutra em relação a esta dimensão. O uso destas dimensões como estratégias de *coping* é considerada como um fator importante, pois leva à pessoa à mudança bem como permitir vislumbrar a morte não como um fim definitivo. Importa ainda mencionar, e corroborando com estudos empíricos, a escolha de profissional da psicologia pode ser influenciada pela crença religiosa do mesmo dado que esta, para as pessoas que procuram ajuda, pode facilitar na criação da relação empática. Ao longo da investigação acerca da dimensão religiosa, analisamos que muitos estudos referem a dificuldade dos psicólogos em trabalhar com as crenças religiosas, para tal na nossa perspetiva, seria importante que as universidades se interessassem por esta dimensão na formação dos futuros psicólogos. Mas, também para os profissionais de psicologia com larga experiência, seria uma mais-valia o entendimento de várias religiões de modo a facilitar a integração destas no processo

terapêutico no luto, ou noutros problemas em que a religião seja facilitadora de melhorias.

No que diz respeito aos serviços prestados, de acordo com a maioria dos participantes, existe falta de psicólogos no sistema nacional de saúde bem como o trabalho realizado neste contexto é insatisfatório. Para tal, propõem-se a inserção de mais psicólogos no serviço nacional de saúde, sendo uma medida crucial, dado que possibilita à população maior acesso a esta classe de profissionais bem como um maior acesso aos serviços de psicologia. No entanto, não só no serviço nacional de saúde é necessário mudanças. Também nas escolas é fundamental um investimento no trabalho do luto, torna-se imperativo colmatar esta lacuna, dado que se ao longo do processo de desenvolvimento das crianças/adolescentes, a morte for trabalhada, as perdas futuras, sejam elas de morte de um ente querido ou perdas relacionais, serão mais bem entendidas e conseqüentemente a elaboração do luto poderá ser de forma mais facilitada.

No que concerne às limitações deste estudo, o facto de ser um estudo qualitativo, pode levar a que os investigadores façam uma análise subjetiva da experiência de cada participante, pois este método é vulnerável à interpretação dos investigadores dificultando o rigor e imparcialidade na interpretação dos relatos dos participantes, porém, foi sempre tido em ponderação, por parte dos investigadores, a imparcialidade necessária na análise dos resultados. Uma outra limitação deve-se ao número reduzido de participantes, fazendo com que a saturação teórica não fosse atingida, impossibilitando uma visão mais generalizada dos resultados, sendo por isso importante que em futuras investigações alargar a mais regiões bem como aumentar os contextos profissionais. Por último, a escassa bibliografia nacional acerca do tema em estudo torna-se também uma limitação, sendo por isso importante que haja um investimento na investigação acerca das competências profissionais e concepções religiosas dos psicólogos no acompanhamento do processo de luto

Acreditamos que o presente estudo contribuiu para uma melhor percepção do nível de formação dos psicólogos no âmbito do luto bem como para uma consciencialização do trabalho a desenvolver por parte de toda a comunidade académica. Demonstrou também a importância do luto e como este está presente nas mais variadas situações da vida, sendo por isso importante, que este fenómeno deixe de ser considerado um tabu e que esteja mais presente na sociedade, de modo a que a este

possa ser encarado como um acontecimento normativo na vida de qualquer cidadão. Contribuiu ainda para a importância da dimensão religiosa ou espiritual nos processos de luto e como estas dimensões são excelentes estratégias de superação, mesmo naqueles que não se considerem religiosos tendo em conta que a espiritualidade poderá estar ligada a uma energia superior e não necessariamente a Deus. Queremos ainda enaltecer os psicólogos como profissionais capazes de explorar e promover uma resposta adaptativa do outro face à perda de alguém/algo, assim como na procura de melhores conhecimentos para possibilitar a diminuição da sintomatologia ligada ao luto.

10. Referências Bibliográficas

- Allport, G.W. & Ross, J.M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of personality and social psychology* v.5, p.432-443.
- Almeida, E., Garcia-Santos, S., & Haas, E. (2011). Padrões especiais de luto em mães que perderam filhos por morte súbita, *Revista de Psicologia do IME*, 3 (2), 607 – 616.
- Almeida, T. (2017). A espiritualidade como elemento de resiliência psicológica no enfrentamento do luto: uma análise a partir de estudos de casos de pais enlutados.
- Amaral, J. G., Maria, S., & Rodrigues, A. B. (2013). Percepção dos profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2635–2644. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900018>
- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR: *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Ed. Revista). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2014). DSM 5. *Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*, 5ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrade, A. (2010). Avaliação empírica de um programa Cognitivo- Narrativo no Luto.
- Angerami, V.A. De espiritualidade, de ateísmo e de psicoterapia. In: ANGERAMI, V.A. (Org). *Espiritualidade e Prática. Clínica*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
- Assayag, R. H., & Figueira, I. (2016). Morte e luto: Competências dos profissionais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2), 112–121.
- Bahls, S. C., & Navolar, A. B. B. (2004). Terapia Cognitivo-Comportais: Conceitos e pressupostos teóricos. *Revista Eletrônica de Psicologia*, 4, 1–11.
- Barbosa, C., & Leão, M. (2012). Uma investigação acerca da elaboração do luto por sujeitos ateus e religiosos. *Revista Mineira de Ciência Da Saúde*, (4), 15–33.
- Barbosa, V., Sá, M., & Rocha, J. C. (2014). Randomised controlled trial of a cognitive narrative intervention for complicated grief in widowhood. *Aging and Mental Health*, 18(3), 354–362. <http://doi.org/10.1080/13607863.2013.833164>Cicchetti,
- Bergin, A. E., Masters, K. S., & Richards, P. S. (1987). Religiousness and mental health reconsidered: A study of an intrinsically religious sample. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 197-204.

- Balk, D. E., Zaengle, D., & Corr, C. A. (2011). Strengthening grief support for adolescents coping with a peer's death. *School Psychology International*, 32(2), 144–162.
- Borges, R. (2015). *A Religião em Psicoterapia: Experiências de Terapeutas com Utentes Religiosos*. Instituto Universitário.
- Borges, T. (2016). *Luto e religiosidade por perda do conjugue*. Instituto Universitário da Maia.
- Bower, J. E., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., & Fahey, J. L. (2003). Finding positive meaning and its association with natural killer cell cytotoxicity among participants in a bereavement-related disclosure intervention. *Annals of Behavioral Medicine*, 25, 146–155.
- Cardoso, C., Féres-Carneiro, T., Giovanetti, J. P. (2009). Um Estudo fenomenológico sobre a vivência de família em uma comunidade popular. *Psicologia Ciência E Profissão*, 29(4), 780–795.
- Cashwell, C. S., & Young, J. S. (2011). *Integrating spirituality in counseling: A guide to competent practice* (2nd ed.). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Cavalcanto, A., Samczuk, M., & Bonfim, T. (2013). O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. *Psicóloga inFormação*, 17(17).
- Chung, R. C. Y. (2005). Women, human rights, and counseling: Crossing international boundaries. *Journal of Counseling & Development*, 83, 262-268.
- Consonni, E. (2013). *Vínculo e perda: vivências de mulheres que interromperam a gestação por malformação fetal incompatível com a vida após o nascimento*. Universidade de São Paulo.
- Creswell, J (2014). *Investigação Qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. São Paulo: Armazém.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Crunk, A. E., Burke, L. A., & Robinson, E. H. M. (2017). Complicated grief: An evolving theoretical landscape. *Journal of Counseling & Development*, 95(2), 226–233. <http://doi.org/10.1002/jcad.12134>

- Delalibera, M., Coelho, A., & Barbosa, A. (2011). Validação do instrumento de avaliação do luto prolongado para a população portuguesa. *Acta Medica Portuguesa*, 24(6), 935–942. <https://doi.org/22713188>
- Delalibera, M., Presa, J., Coelho, A., Barbosa, A., & Franco, M. H. P. (2015). A dinâmica familiar no processo de luto: Revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(4), 1119–34. <http://doi.org/10.1590/1413-81232015204.09562014>
- Dias, C. (2011). *Religiosidade intrínseca e extrínseca: implicações no bem-estar subjectivo de adultos de meia-idade*. Universidade de Lisboa.
- Domingos, B., & Maluf, M. (2003). Experiências de perda e luto em escolares de 13 e 18 anos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 577–589. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722003000300016>
- Doughty, E. A., & Hoskins, W. J. (2011). Death Education: An Internationally Relevant Approach to Grief Counseling. *Journal for International Counselor Education*, 3, 25–38.
- Duarte, V. (2015). *A percepção do luto infantil nos contextos educacional e familiar*. Universidade da Madeira.
- Faria, J. & Seidl, E. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença. Revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 3 (18), 381-389.
- Farinasso, A. (2011). *A vivência do luto em viúvas idosas e sua interface com religiosidade e espiritualidade: um estudo clínico- qualitativo*. Universidade de São Paulo.
- Ferreira, R. A., Paula, N. De, Lira, M., Queiroz, E., Brasília, U. De, & Brasil, B. D. F. (2013). Percepções de psicólogos da saúde em relação aos conhecimentos, às habilidades e às atitudes diante da morte. *Revista Psicologia: Teoria E Prática*, 15(1), 65–75.
- Flesner, J. M. (2013). A Shift in the conceptual understanding of grief: using meaning-oriented therapies with bereaved clients. *American Counseling Association Vistas Online*.

- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17–27. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
- Fortin, M (2000). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Rio Tinto: Lusociência.
- França, M., & Botomé, S. (2005). É Possível Uma Educação Para Morte? *Psicologia Em Estudo*, Maringá, 547–548.
- Franco, M. (2002). *Uma jornada sobre o Luto: A morte e o luto sob diferentes olhares*. São Paulo: Livro Pleno.
- Gama, M. (2013). *O luto profissional nos enfermeiros*. Universidade Católica Portuguesa. Retrieved from <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13973>
- Gartner, J., Larson, D. B. & Allen, G. D. (1991). Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 6-25.
- George, L.K., Ellison, C.G., & Larson, D.B. (2002). Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological Inquiry*, 13(3), 190-200.
- Gibert, M. A., Cury, V. (2009). Saúde mental e trabalho: Um estudo fenomenológico com psicólogos organizacionais. *Boletim de Psicologia*, 59(19), 45–60.
- Gibran, R. C. R., & Peres, R. S. (2013). Grief: technical management issues in psychoanalytic clinic. *Revista Sa SPAGESP*, 73–85.
- Gomes, L., & Gonçalves, J. (2015). Processo de luto: a importância do diagnóstico diferencial na prática clínica. *Revista de Ciências Humanas*, 118–139. Retrieved from <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacf/article/view/2178-4582.2015v49n2p118>
- Gonçalves, P. C., & Bittar, C. M. L. (2016). Estratégias de enfrentamento no luto. *Mudanças-- Psicologia Da Saúde*, 24(1), 39–44.
- Granja, A. (2013). *A morte e o luto em contexto escolar*. Universidade de Aveiro.
- Guidry, K., Simpson, C., Test, T., & Bloomfield, C. (2013). Ambiguous loss and its effects on children: implications and intervention for school counsellors. *Journal of school counselling*, 11 (15), 1-19.

- Hall, C. (2014). Bereavement theory: recent developments in our understanding of grief and bereavement. *Bereavement Care*, 33(1), 7–12. <https://doi.org/10.1080/02682621.2014.902610>
- Hays, J & Hendriz, C. (2008). The role of religion in bereavement. In: Stroebe, M et al. Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention. Washington: *American Psychological Association*, p. 327-348
- Heath, M., & Cole, B. (2012). Strengthening classroom emotional support for children following a family member's death. *School Psychology International*, 33(3), 243–262. <https://doi.org/10.1177/0143034311415800>
- Holanda, A. (2006). Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise Psicológica*, 3(24), 363–372.
- Howarth, R. a. (2011). Concepts and controversies in grief and loss. *Journal of Mental Health Counseling*, 33(1), 4–10. <http://doi.org/10.1080/07481187.2011.584013>
- Imhoff, B. A. (2015). *An exploratory study of grief counseling training and competences in counseling students at cacrep-accredited institutions*. The Patton College of Education of Ohio University, 1-193.
- International Registry of Counselor Education Programs. (2010). Vision, mission and core values. Retrieved from <http://www.ircep.org/ircep/template/index.cfm>
- Junqueira, M. H. R., & Kóvacs, M. J. (2008). Alunos de Psicologia e a Educação para a Morte. *Psicologia Ciência E Profissão*, 28(3), 506–519.
- Kahoe, R.D. (1985). The Development of Intrinsic and Extrinsic Religious Orientations. *Journal for the Scientific Study of Religion* v.24(4): p.408-412.
- Kelley, M. M., Chan, K.T., (2012). Assessing the role of Attachment to God, Meaning, and Religious Coping as Mediators in the Grief Experience. *Death Studies*, 36, 199–227
- Keesee, N., Currier, J., & Neimeyer, R. (2008). Predictors of grief following the death of one's child: The contribution of finding meaning. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 1145–1163
- Khalif, A. M. (2012). *Religion, Spirituality and Counseling: Can they be integrated?* Faculty of the Adler Graduate School.
- Koenig, H. G. (1997). *Is religion good for health? The effects of religion on physical and mental health*. New York, NY: Haworth Pastoral Press

- Kovács, M. J. (2007). *Perdas e processo de luto*, in: *Incontri*, D.; Santos, F. S. *A arte de morrer: visões plurais*. Bragança Paulista, SP: Comenius, v. 1, cap. 22, p. 217-238.
- Kubler-Ross, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer* (Paulo Menezes, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Leal, A. (2012). *A experiência de perda e o processo de luto: O papel de uma unidade de cuidados paliativos*. Universidade Católica Porto.
- Levin, J. (2003) *Deus, fé e saúde: explorando a conexão espiritualidade-cura*. São Paulo: Pensamento-Cultrix.
- Maichuk, Z. (2011). *Therapists who adress client religious beliefs in therapy: a qualitative exploration*. The State University of New Jersey
- McConnell, K.M, Pargament, K.I., Ellison, C.G., & Flannelly, K.J. (2006). Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1469-1484.
- Melo, R (2004). Processo de Luto: o inevitável percurso face a inevitabilidade da morte. *Integra.Pt*, 1–19. Retrieved from <http://www.integra.pt/textos/luto.pdf>Melo
- Mitchell, L., & Murillo, J. (2016). Social work students preparedness for grief and loss services. Retrieved from <http://scholarworks.lib.csusb.edu/etd/372/>
- Moritz, R. (2005). Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Revista Bioética*, 13(2), 51–63. Retrieved from http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/107
- Krause, N., & Booth, A. (Eds). *Religious influences on health and well-being in the elderly* (pp. 114-162). New York: Spring Publishing Company
- Naletto, A. (2005). *Morte e luto no contexto escolar*. In: Mazorra, L., & Tinoco, V. (orgs). *Luto na infância*. Campinas: Livro Pleno
- Neimeyer, R. A. (1993). Constructivism and the problem of psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 133–157.
- Neimeyer, R. (2010). *Strategies of grief therapy [online continuing education program]*: Washington, DC: *American Psychological Association*.
- Neimeyer, R., Burke, L., Mackay, M., & van Dyke Stringer, J. G. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: from principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 73–83. doi:10.1007/s10879-009-9135-3

- Niemeyer, R.A. (2001). The language of loss: Grief therapy as a process of meaning reconstruction. In R.A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction and the experience of loss* (pp. 261-292). Washington DC: *American Psychological Association*
- Neto, F. (1997). *Psiquiatria e religião: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos*. Universidade de São Paulo.
- Nogueira, A. (2006). O Profissional da Saúde e a Finitude Humana A negação da morte no cotidiano profissional da assistência hospitalar. *Revista Virtual e Contextos*, (6).
- Ogden, S. P., & Simmonds, J. G. (2014). Psychologists' and counsellors' perspectives on prolonged grief disorder and its inclusion in diagnostic manuals. *Counselling & Psychotherapy Research*, 14(3), 212–219. <http://doi.org/10.1080/14733145.2013.790456>
- Oliveira e Silva, J., Lopes, R., Diniz, N. (2006). Fenomenologia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(2), 254–257.
- Panzini, R., Rocha, N., Bandeira, D. & Fleck, M. (2007). Qualidade de Vida e Espiritualidade. *Revista Psiquiatria Clínica*. 34 (1), 105 – 115.
- Pardin, DA., Plante, TG., Sherman, A., & Stump, JE (2000). Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: determining the mental health benefits. *Journal of substance abuse treatment*.
- Pargament K. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. New York: Guilford.
- Pargament, K. et al., (1998). Religion and the problem-solving process: three styles of coping. *Journal for the Scientific Study Religion*, v. 1, n. 27, p. 94-104.
- Pargament, K.I., & Ano, G.G. (2004). Empirical advances in the psychology of religion and coping. In K.W. *Religion and coping*. In K.W. Schaie,
- Pargament, K.I.; Smith, B.W., Koenig, H.G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4): 710-724.

- Payne, I. R., Bergin, A. E., Bielema, K. A., & Jenkins, P. H. (1991). Review of religion and mental health: Prevention and the enhancement of psychosocial functioning. *Prevention in Human Services*, 9, 11-40.
- Pereira, C. B., Bruno, R. V., Duarte, R. T., & Matos, M. M. N. G. (2015). O processo de luto inerente à morte da infância à velhice. *Revista de Psicologia Da Criança E Do Adolescente*, 5(2), 31–42. Retrieved from <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/view/1869>
- Pereira, I. C. O. (2014). Avaliação do processo de luto: na perspectiva do cuidador enlutado. Universidade de Lisboa.
- Pessanha, P. P., & Andrade, E. R. De. (n.d.). Religiosidade e prática clínica: um olhar fenomenológico-existencial. *Perspectivas Online*, 75–86.
- Peri, T., Hasson-Ohayon, I., Garber, S., Tuval-Mashiach, R., & Boelen, P. A. (2016). Narrative reconstruction therapy for prolonged grief disorder-rationale and case study. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(February). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.30687>
- Post, B. C., Wade, N. G. (2009). Religion and Spirituality in Psychotherapy: A Practice Friendly Review of Research. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 65, 131-146.
- Prodanov, C., & Freitas, E. (2013). *Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. (Feevale, Ed.) (2a edição). Novo Hamburgo.
- Mcarthur, L., Szirony, G. M., & Blum, C. R. (2016). Perceived Competency in Grief Counseling: Implications for Counselor Education. *Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences*, 10(1), 3–17. <http://doi.org/10.5590/JSBHS.2016.10.1.02Melo>,
- Rando, T (1995). *Grief and mourning: Accommodating to loss*. In H. Wass & R.a Neimeyer (Eds), *Dying: Facing the facts* (pp.211-241). Washington, DC: Taylot & Francis.
- Richards, P., & Bergin, A. (2005). A spiritual strategy for counseling and psychotherapy (2nd ed.). Washington, DC: *American Psychological Association*.
- Saldaña, J. (2013). *The coding manual for qualitative researchers*. (2ª ed.) Los Angels: Sage

- Santos, T. & Fenterseifer, L. (2016). Educação Para a Morte Na Formação Do Psicólogo. Pretextos- *Revista Da Graduação Em Psicologia Da PUC Minas*, 158–175. Retrieved from http://www.academia.edu/download/44445928/Revista_Pretexto.pdf#page=158
- Schaie, N. Krause, & A. Booth (Eds). Religious influences on health and well-being in the elderly (pp. 114-162). New York: Spring Publishing Company.
- Seib, H. (2004). Connections between counseling theories and current theories of grief and mourning. *Journal of Mental Health Counseling*, 26, 125–145.
- Shear, M., Frank, E., Foa, E., Cherry, C., Reynolds, C., Vander Bilt, J., & Masters, S (2001). Traumatic grief treatment: a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1506–1508. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.9.1506>
- Stein, N., Folkman, S., Trabasso, T., & Richards, T. A. (1997). Appraisal and goal processes as predictors of psychological wellbeing in bereaved caregivers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 872–884
- Silva, M. (2004). Processos de luto e educação. Universidade do Minho.
- Silva, S., & Zandonadi, Antônio Carlos, Pereira Carneiro, M. (2017). O luto patológico e a atuação do psicólogo sob o enfoque da psicoterapia dinâmica breve. *Revista Farol*, 142–157
- Silva, V. (2011). *A eficácia de uma intervenção cognitiva narrativa no luto complicado em viúvos*. Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte.
- Souza, A. M. de, Corrêa, D. do S. C. M. &, & Cavaleiro, V. A. (2009). Implicações do Pronto-Atendimento Psicológico de Emergência aos que Vivenciam Perdas Significativas. *Psicologia Ciência E Profissão*, 534–543. <https://doi.org/10.5585/EccoS.n33.4275>
- Souza, A. (2013). A espiritualidade no processo de luto. Curso anual de Tanatologia e Cuidados Paliativos, Belo Horizonte. Retirado de: http://www.sotamig.com.br/downloads/2014/_trab_02.pdf
- Sperry, L. (2000). Spirituality and psychiatry: Incorporating the spiritual dimension into clinical practice. *Psychiatric Annals*, 30, 518-523.
- Stephenson, J. (1981). The family therapist and death: A profile. *Family Relations*, 30, 459–462.

- Tix, A.; Frazier, P. (1998). The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(2): 411-422.
- Training, C., Ober, A. M., Granello, D. H., & Wheaton, J. E. (2012). Grief counseling: an investigation of counselors' training, experience and competencies. *Journal of Counseling & Development*, 90(April), 150–159.
- Wade, Nathaniel G.; Worthington Jr., Everett L.; Vogel, David L. (2007). Effectiveness of religiously tailored interventions in Christian therapy. *Psychotherapy Research*, Vol 17(1), 91-105.
- Worden, W.J. (2013). *Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental* (4ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Worthington, E., Sandage, S. (2001). Religion and spirituality. *Psychotherapy*, 38 (4).
- Wrigley, J., Basco, M., & Thase, M. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado*. Trad. Mônica Armando.-Porto Alegre: Artmed.
- Zwielewski, G., & Ana, V. S. (2016). Um Protocolo De Luto E a Terapia Cognitivo-Comportamental Grief Protocol and Cognitive-Behavioral Therapy. *Revista Cesumar Ciências Humanas E Sociais Aplicadas*, 227–242.

11. Anexos

Anexo A- Consentimento Informado

Título do Projeto: Competências profissionais dos psicólogos portugueses na temática do luto.

Investigadora: Ana Gomes

Sob orientação do Professora Doutora Armanda Gonçalves

No âmbito da realização da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, venho por este meio solicitar a sua colaboração numa entrevista para o estudo: “Competências profissionais dos psicólogos portugueses na temática do luto.”

Os objetivos deste estudo é o de perceber qual é o estado atual da formação e experiência em aconselhamento de luto dos profissionais de psicologia e de Perceber quais são as competências pessoais e profissionais de auto percepção dos profissionais de psicologia.

Toda a informação recolhida será tratada de forma confidencial, ou seja, só os investigadores é que terão acesso, garantindo sempre o seu anonimato. A entrevista, contudo, terá de ser gravada em formato áudio para que seja mais fácil depois estudar e perceber o que foi dito. Esta gravação não será facultada a mais ninguém.

A escolha da participação é voluntária, podendo desistir desta entrevista em qualquer momento ou recusar responder a algo.

Caso tenha alguma questão ou dúvida pode sempre questionar a investigadora ou orientador responsável da investigação.

Reconheço que os procedimentos de investigação descritos na carta anexada me foram explicados e que me responderam de forma satisfatória a todas as questões. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o posterior estudo, qualquer questão sobre a mesma. Asseguraram-me da confidencialidade e anonimato dos meus dados.

Assinatura do participante: _____

Investigadora: _____

Sob a orientação da Professora Doutora: _____

Anexo B - Questionário sócio demográfico:

1º Parte- Questões sociodemográficas

1. Género: Masculino _____ Feminino _____
2. Idade: _____ anos
3. Etnia: _____
4. Nacionalidade: _____
5. Residência: _____
6. Naturalidade: _____
7. Estado Civil: Solteiro _____ casado(a): _____ União de facto _____
divorciado(a) / Separado(a) _____
8. Número de Filhos: _____

2º Parte- Formação profissional

1. Grau académico: Licenciatura _____ Mestrado _____ Doutoramento _____
2. Contexto universitário de formação: Público _____ privado _____
3. Área científica de formação: _____
4. Ano de inscrição na Ordem dos Psicólogos Portugueses: _____
5. Que tipo de membro é: Estagiário _____ efetivo _____
6. Especialidade da ordem: _____
7. Modelos teóricos de referência da formação: _____
8. Anos de experiência profissional: _____
9. Contexto profissional onde trabalha: _____
10. Atividades profissionais que realiza: _____
11. Outras áreas frequentou de formação: _____

3º Parte- Religiosidade e espiritualidade¹

3º Parte: Religião e Espiritualidade

A. Considero-me uma pessoa:

¹ As questões foram construídas com base na análise do questionário “Death Counseling Survey” (Charkow, 2000) e no “Questionário de avaliação do sobrenatural” (Martins, 2000).

	Concordo totalmente	Concord o muito	Concordo pouco	Discordo totalmente
12. Religiosa (Diz-se Católico, Protestante, Testemunha de Jeová, etc).				
1.1 Uma pessoa crente praticante				
1.2 Uma pessoa crente não praticante				
13. Agnóstica (Não se pode provar a existência do sobrenatural)				
14. Indiferente (Respeita, mas não liga a essas coisas da Religião)				
15. Anti-Religioso(a) (Não concorda com religiões organizadas)				
16. Transcendentalista (Aceita a existência de realidades sobrenaturais)				
5.1 Tenho um forte sentimento de espiritualidade separado de crenças e práticas religiosas.				

B. Acho que as minhas crenças religiosas influenciaram/influenciem:

	Concordo totalmente	Concordo muito	Concordo pouco	Discordo totalmente
1. No meu desenvolvimento				
1.1 Nas minhas opções face à vida				
2. Nos meus comportamentos				

2.1 Nas minhas decisões				
-------------------------	--	--	--	--

Anexo C - Guião da entrevista

Esta entrevista tem como objetivo refletir sobre o âmbito da formação e da experiência em aconselhamento de luto dos profissionais de psicologia e perceber a auto percepção das competências pessoais e profissionais de psicologia no processo do luto.

Antes de mais gostaria de salientar que não há respostas certas nem erradas, o é importante conhecer a sua experiência. A participação é voluntária, os dados registados serão tratados de forma confidencial. Por último, gostaria de solicitar a sua autorização para entrevistar com o auxílio de um gravador de modo a que ao proceder a análise de dados seja o mais fiel possível.

Questões da entrevista:

1. Qual é o seu interesse pela área do luto e da perda?
2. Gostaria que nos falasse sobre a sua formação (académica ou outra) nesta área, do luto e da perda?
3. No âmbito das atividades profissionais que desempenha qual a relevância do trabalho no âmbito do processo do luto?

Questões a explorar:

- 3.1 Quão frequentemente trabalha com a temática do processo de luto
- 3.2 Como é que trabalha com esta experiência? Poderia particularizar teorias, intervenções e técnicas que utiliza?
- 3.3 Dos aspetos que mencionou quais considera elementos chave das boas práticas de intervenção no processo de luto?
4. Considerando a sua formação (académica ou outras) que recebeu, de que forma o preparou para o trabalho com pessoas com experiência de perda e luto?
5. Na sua opinião de que forma os fatores profissionais e pessoais (modelos teóricos, crenças religiosas e experiências pessoais) são influentes no seu trabalho no âmbito da perda e do processo de luto?
- 5.1 Como é que ao longo da sua experiência de intervenção no processo de luto tem lidado com as crenças religiosas suas e dos seus utentes quando, e caso, estas tenham surgido em contexto terapêutico?
6. Quão competente e confiante se sente em trabalhar no âmbito do processo de luto?

7. Na sua opinião, como avalia a qualidade dos serviços prestados no âmbito do processo de luto?

Anexo D - Tabela categorização
Tema 1. Conceito e percepção de perda e luto

Tema superior	Tema subordinado	Indicador	Códigos	Exemplos
Conceito de luto e perda	Luto associado a perda não como morte	Refere o processo de luto não necessariamente como morte (P- 2/C-3): Perdas relacionais (P-2 /C-3); Mudanças de vida (P- 2/ C-3);	<p>B.3.3 Conceito de luto- luto não como morte</p> <p>C.1.2 Vários sentidos de luto não só como morte</p> <p>C.3.3 Tem pontos de contacto “muito fortes” em comum</p> <p>C.12.1 mudança dos idosos para lar (perda da família) e lutos anteriores</p> <p>D.2.9-Conceito de luto-as alterações na vida são perdas</p> <p>D.2.10-Processos de luto em tudo-sempre presentes em várias fases da vida</p> <p>E.8- O luto não é só a morte de alguém também pode ser uma perda</p>	<p>B: “o luto que nós vemos aqui não é o luto após a morte”</p> <p>C: “portanto não podemos equiparar totalmente a experiência do luto de uma perda, mas, sem dúvida, têm pontos de contacto muito ahmm... muito fortes com C: “a problemática central destas pessoas, que vivem uma dose dupla de experiência de luto. A primeira de ter que sair do seu contexto de vida, o sentido de abandono por parte dos filhos ou da família mais próxima o re-atulizar-se de uma série de cortes, de lutos,</p>

			<p>G.1.1 - Conceito luto e perda- perda de algo</p> <p>G.1.2- Conceito de luto e de perda- como fim de uma relação</p> <p>H.1.2 luto não é só a morte de alguém</p> <p>H.4.1 luto em várias situações</p>	<p>de mortes que já viveram e ao mesmo tempo a angústia de se sentir sozinho perante esta última fronteira da vida”</p> <p>D: “há processos de luto em tudo, eu consigo aplicar isso quer em termos pessoais quer na vida profissional”</p> <p>G: “da morte de alguém ou da morte deeu algum ser ou de alguma coisa que uma pessoa tenha perdido”</p> <p>H: “o luto está presente em muitas coisas”</p>
Perceção da morte	Perceção pessoal da morte como acontecimento de vida	Identifica a morte como sendo um processo natural do ciclo vital (P-2/C-2)	<p>A.1.1 Perceção da morte como “parte vida das pessoas”</p> <p>E.1.1- Luto – acontecimento vital</p>	<p>A: “uma vez que isto faz parte da vida ... da vida das pessoas, não é?”</p>

Percepção do processo de luto	Processo de luto como parte do percurso de vida	Identifica a influência do processo de luto no percurso de vida: processo de luto elaborado ajuda no desenvolvimento humano (P-2; C-3); processo de luto elaborado (P-1/C-1); processo de luto não elaborado (P-1/C-1) 1)	D.1.1-processo de luto bem seguro é a base do “desenvolvimento humano” D.4.1- “revoltas” levam a um processo de luto mal resolvido F.5.2- Processo de luto como processo natural F.7.2- Processo de luto- Morte como processo natural da experiência de vida	E: “como ser humano que já passou e poderá passar ainda por essa situação... por esse acontecimento vital” D: “acho que é a base... é a base de tudo para... para o desenvolvimento humano e principalmente a nível do desenvolvimento psicológico, vamos perdendo coisas, pessoas, acontecimentos ao longo da vida e... um bom desenvolvimento humano tem que ter a base do processo de luto bem seguro.” F: “não sei se é pela questão profissional, mas eu cada vez mais assumo que a morte faz parte da vida, portanto é um
-------------------------------	---	--	---	---

				processo natural” E: “não quer dizer que não haja uma história de vida que um luto ahmm... como tenha realizado não tenha deixado as suas marcas, as suas... não tenha influenciado o percurso de vida... normalmente influencia sempre de uma maneira ou de outra”
--	--	--	--	--

Tema 2. Interesse no luto

Tema Superior	Tema Subordinado	Indicadores	Códigos	Exemplos
Interesse no luto e perda	Interesse- pessoal e profissional no tema luto e perda	Identifica o interesse pessoal e profissional na área do luto (não especifica o motivo de interesse) (P-5/ C-6)	A.1 Interesse no tema da perda e do luto C.1 Bastante interesse na área do luto D.1- Interesse tanto	A: “O meu interesse pela área do luto e da perda é muito” C: “É bastante grande” D: “Tenho muito interesse, quer a nível pessoal quer a

			<p>peçoal como profissional</p> <p>F.1.2. Interesse no tema do luto</p> <p>H.1 Interesse na área de luto- “importantíssimo”</p> <p>H.10.1 Luto é a área que mais gosta</p>	nível profissional”
	<p>Importância do fenómeno de luto e perda</p>	<p>Menciona que o interesse está relacionado ao facto de ser um processo vital (P-2/C-2)</p>	<p>G.1 interesse no luto porque todas as pessoas passam por luto</p> <p>H.1.1 interesse no luto devido à presença na vida das pessoas</p>	<p>G: “às vezes até de uma relação ou o que for (...) e acho que é importante nesse sentido”</p>

Tema 3. Formação académica no luto

Tema Superior	Tema Subordinado	Indicadores	Códigos	Exemplos
Formação académica no luto	Formação não específica no luto	Identifica a formação específica no âmbito curricular no luto: nada específico (P-4/C-5); algumas cadeiras (P-4/C-4); pouca formação (P-2/C-4); ausência de formação académica no luto (P-3/C-4); formação académica no luto pouco aprofundada (P-1/C-1)	A.2 Formação académica – “cadeiras falar luto” B.2.1 Não se recorda nada em específico B.2.2 cadeiras abrangiam “nada específico” C.2 Não teve formação específica C.12.5 pouco aprofundada D.2- Pouca formação académica D.2.1- Abordar o tema do luto em módulos, mas pouco D.2.3- formação académica “muito pouca” D.6- Pouca formação académica E.2.2- luto foi abordado em algumas cadeiras, mas não em específico	D: “a formação era muito pouca em termos académicos” A: “a formação passou por algumas cadeiras falar no luto” B: “Mas não me recordo de ... de ... de nada específico sobre o luto” E: “se foi abordado em algumas cadeiras isso foi, agora sinceramente peço desculpa se estou a esquecer, mas sinceramente não me recordo de uma cadeira

			<p>E.7.5-Formação académica é insuficiente na área luto</p> <p>F.2- ausência de formação académica especifica sobre o luto</p> <p>F.2.4- ausência de formação académica especifica sobre o luto</p> <p>G.2- formação académica - ausência especifica no luto</p> <p>B. 2 Ausência de formação académica no luto</p> <p>E.2- Ausência de formação na área luto</p> <p>H.2 Formação académica não se recorda de formação centrada no luto</p>	<p>em específico que tenhamos”</p> <p>E: “sobre essa matéria especificamente eu diria que não, eu diria que teria sido insuficiente”</p> <p>G: “não tive muita formação nesse sentido da universidade”</p> <p>B: “é assim, a única formação... no curso não há”</p> <p>E: “durante os 4 anos teóricos, não é? Ahm... eu não diria que me sentiria preparado para trabalhar numa situação destas”</p>
--	--	--	---	--

				H: “... não me recordo se tive alguma formação específica”
Formação contexto 2º ciclo	Reconhece a importância da formação do 2º ciclo no contacto com o tema do luto: Dissertação (P-1/C-3); estágio curricular (P-3/C-4);	F.2.1– Dissertação de mestrado foi sobre sobreviventes cancro da mama- aborda o tema luto F.2.2- Dissertação de mestrado contacto com o luto abordagem numa perspectiva psicoeducativa F.6- Tese abordagem do tema luto E.7.4- estágio curricular permitiu aprofundar e	F: “portanto aí acabamos por falar um bocadinho no processo de luto, mas numa perspetiva de psicoeducação” E: “considero que foi mais o meu ano de estágio curricular, (...) em virtude de te tido casos em que essas situações surgiram, não é? (...) por uma questão de necessidade eu	

			<p>adquirir conhecimento sobre luto</p> <p>E.7.6 Estágio curricular proporcionou o estudo sobre o luto</p> <p>F.4.6- Estágio curricular contacto com luto patológico de um pai</p> <p>H.7 estágio permitiu maior conhecimento</p>	<p>fui obrigado a ir procurar desse conhecimento, não é? Eu fui obrigado a aprofundar sobre esse assunto em particular”</p> <p>F: “tivemos um caso em que de facto já era considerado um luto patológico um pai que tinha perdido um filho (pausa 2s) já há sete anos o seu estado era patológico e realmente comecei a ter mais contacto com esse processo já nessa altura do estágio”</p> <p>H: “A académica talvez o estágio apenas ahm... porque só no estágio é que</p>
--	--	--	---	--

				... é que tive contacto em profundidade
	Necessidade formação no luto	Refere necessidade de mais formação (P-2/-C-2)	<p>A.2.1 Necessidade complementar formação</p> <p>H.7.3- formação académica no luto é essencial</p> <p>F.9- intervenção no luto- pratica mais constante necessita de formação específica</p>	<p>A: “mas depois acabei por sentir necessidade de fazer formação extra em relação à que tive na licenciatura”</p> <p>F: “Agora acredito que se fosse para estar no ativo diariamente se calhar necessitava aqui de mais formação específica”</p>
Formação complementar (pós académica)	Autodidata	Aprendizagem autodidata no luto (P-7/C-9)	<p>A.2.3 Complemento formação académica – “muita leitura”</p> <p>C.2.4 leitura de livros</p> <p>D.2.4- “autodidata”</p> <p>D.2.5- formação mais “autodidata”</p> <p>E.2.1- Formação complementar – “leitura”</p>	<p>C: “outro advém de leituras”</p> <p>D: “fui mais autodidata”</p> <p>E: “fui eu que fui atrás dele do que propriamente esse conhecimento veio ter comigo através da</p>

			<p>bibliografia sobre luto</p> <p>E.7.7- Foi atrás do conhecimento</p> <p>F.9.2- pesquisa sobre o tema</p> <p>G.7.1- pesquisar modelo de worden e outros modelos no luto</p> <p>H.2.2 leitura sobre o luto</p>	<p>universidade.”</p> <p>H: “e depois os livros dele sobre o luto que é extraordinário...”</p>
	<p>Cursos; formações e workshops</p>	<p>Aprendizagem adicional específica no luto (P-5/C-5)</p>	<p>A.2.2 Complemento formação acadêmica – ação de formação</p> <p>B.2.4 Curso cuidados continuados um módulo sobre o luto</p> <p>C.2.2- workshop sobre o luto</p> <p>G.2.2- formação complementar- frequentou</p>	<p>A: “Na faculdade, fui tirar uma formação do luto”</p> <p>C: “frequentado um workshop com Froma Walsh sobre a... resiliência...ahmmm</p> <p>Froma Walsh trabalha também muito o tema do luto”</p> <p>H:” que foi um workshop</p>

				na universidade uma formação sobre o luto e as cinco fases H.2.1 workshop	com um investigador e... e psicoterapeuta construtivista que é o Niemeyer”
	Importância da formação complementar	Menciona a relevância de existir formação complementar no luto (P-2-C-4)		B.7 Formação académica complementar muito importante B.7.1 Formação complementar deu bases no luto que não tinha B. 7.2 permite trabalhar melhor no processo de luto H.7.2 workshop e livros é que preparam para o luto	B: “Foi muito importante, até porque gostei muito de quem me deu este módulo” H: “e depois lá está o workshop e livros”
Necessidade de alteração académica	Mudança no currículo académico do curso de psicologia	Identifica a necessidade de existir disciplinas/estágios que abordem/trabalhem o luto (P-6/C-10)		A.11.3 existir cadeiras específicas do luto A. 11.4 - fazer estágios num lar para trabalhar com processo de luto A.11.5 Estágio centrado	A: “a própria a formação e... haver uma... uma... uma cadeira de processo de luto, não é?” A: “quem sabe fazer um estágio mesmo nessa...

			<p>no luto</p> <p>B. 12.5 mais formação acadêmica</p> <p>C.2.5 necessidade de implementar pós-graduação, mestrado na área do luto</p> <p>C. 12 alterar o quadro de referência teórico</p> <p>D.2.11 - mais formação e progressão no nível acadêmico</p> <p>D.9.5- Importante mais formação devido ao aparecimento de novas patologias</p> <p>E.12. mais formação</p> <p>H.12.1 - mais formação na área do luto</p>	<p>numa área ... num lar para lidar com os processos de luto, não é?”</p> <p>B: “E mais formação sim, agora nas faculdades”</p> <p>C: “de propor uma formação pós-graduação, um mestrado, um mestrado ainda pré-Bolonha, nesta área”</p> <p>H: “haver mais formação sobre isso nunca é demais.”</p>
	Mudança tórica-prática na	Refere a necessidade de	E.12.4 aumentar os	E: “mais interesse, mais

	formação acadêmica	mudar as perspectivas teóricas-práticas (P-1/C-2)	horizontes teórico-práticos E.12.5 ter em conta diferentes abordagens	procura, o alargamento... o alargamento dos horizontes ahmm... Teórico-práticos”
Formação geral acadêmica em psicologia	Apreciação da formação geral em psicologia no âmbito do luto	Menciona a formação académica em psicologia como positiva no âmbito do luto (P- 2/C-7)	E.7-Formação académica geral - “bastante boa” E.7.1- Formação académica geral é uma introdução F.2.5- Formação geral psicologia permite competências sobre luto F.6.1- Formação académica em psicologia/mestrado permite competências na área do luto F.6.3- Formação em psicologia clínica permite competências na área do	E: “claro que não deixa de ser uma introdução” F:” a formação em psicologia já permite ter aqui algumas competências nessa área”

				luto e outras F.6.4- Formação em psicologia clínica fundamental para abordar o tema luto F.9.8- Formação em psicologia- permite fazer “intervenção em crise”	
--	--	--	--	--	--

Tema 4. Experiência profissional e frequência do trabalho com o luto

Tema Superior	Tema Subordinado	Indicadores	Códigos	Exemplos
Experiência profissional no luto	Experiência profissional no luto como formador	Refere a experiência profissional previa no luto com a lecionação de uma formação sobre o processo do luto (P-1/C-2)	F.1.1- Formação sobre o processo de luto F.2.3- Experiência profissional prévia – formação sobre luto a auxiliares de saúde apoio domicílio	F: “Mas já dei formação sobre o processo de luto”

	Experiência no luto - Trabalho em lares	Refere o trabalho desenvolvido no âmbito do luto em lares de idosos (P-3/C-4); Refere a relevância de trabalhar o luto com os utentes de lares (P-2/C-2); Refere a importância de trabalhar o luto com os colaboradores/profissionais da instituição (P-1/C-3)	<p>B.4.1 Lares só em casos de morte</p> <p>B.4.2 Trabalho de psicologia em lares acontece quando há necessidade</p> <p>B.4.3 Dar a notícia da morte</p> <p>B.4.4 raro trabalhar o luto nos lares</p> <p>B.4.5 Trabalhar a morte com os utentes</p> <p>C.8.6 lar de idosos</p> <p>D.3.1- Experiência profissional no luto (lar)</p> <p>D.5.12- Intervenção lares-Intervenção individual</p> <p>D.3.4-Trabalha o luto com colaboradores</p> <p>D.3.5-Muito importante</p>	<p>B: “Vou lá ajudar na ... por exemplo no dar a notícia, não propriamente trabalhar o luto depois”</p> <p>C: “o período em que trabalhei nuns lares de idosos, novamente o tema da morte, de acompanhamento da morte estava no pano de fundo constante”</p> <p>D: “trabalho processos de luto com os residentes”</p> <p>D.3.4-Trabalha o luto com colaboradores</p> <p>D.3.5-Muito importante trabalhar luto pessoal e profissional nos profissionais/colaboradores</p>
--	--	--	---	--

			trabalhar luto pessoal e profissional nos profissionais/colaboradores D.8.5- trabalho com outros profissionais ajudar a “dar espaço à emoção”	D.8.5- trabalho com outros profissionais ajudar a “dar espaço à emoção”
Experiência no luto - Trabalho em escolas	Refere o trabalho desenvolvido em contexto escolar (P-2/C-4); Refere que no trabalho com crianças em escolas (P-1/C-2)	D.11.8- Experiências profissional nas escolas- dava apoio a processos de luto D.11.9- Experiência profissional: psicólogo escolar-horas extras para trabalhar processos de luto F.3- Experiência profissional atual – contexto educativo F.6.7- Experiência profissional escolas F.3.1- Possibilidade	D: “Passei pelas escolas também e como eu valorizei sempre os processos de luto muitas vezes o quê que fazia... era em horas extras” F:” ingressei para a área escolar” F: “e claro que há sempre o avô ou alguém da família de algum aluno que morreu e este efetivamente já passou por um processo de	

			contacto tema luto – perda de familiar de alunos F.9.7- Intervenção no luto contexto escolar - intervenção breve: F.9.6- Intervenção no luto “caso não consiga lidar com determinadas questões ou não estava a conseguir chegar ao aluno em causa” encaminharia	luto” F: “vamos imaginar aqui um aluno a gente pode fazer um tipo de intervenção breve, mas se calhar passaria mais pela área clínica e aí teria mesmo de encaminhar, não é?”
9	Experiência profissional- cuidados continuados	Refere a importância de trabalhar o luto, não como morte, com os familiares (P-2/C-7); Refere o trabalho no luto em doentes oncológicos (P-1/C-4)	B.3.6- trabalho com os familiares G.3- trabalho com família de utentes internados G.3.1- trabalho com as famílias perdas relacionadas com danos neurocognitivos	G: “por exemplo quando, eu tenho aqui utentes que nunca mais vão voltar a ser aquilo que eram e quando eu trabalho com as famílias é importante que as famílias façam o luto da pessoa que eles

			<p>G.5.1 - psicoeducação conceito luto com famílias</p> <p>G.5.2- psicoeducação – fases do luto</p> <p>G.5.3- psicoeducação luto não por morte</p> <p>G.6.2 psicoeducação luto normal vs luto patológico</p> <p>B. 3.1 trabalhar o luto com o próprio doente após o diagnóstico</p> <p>B.3.2 ajudar o doente a lidar com a última fase de vida</p> <p>B.3.5. Preparar a própria pessoa para a morte</p> <p>B. 5.1 Trabalhar o luto em diagnósticos de cancro sem cura</p>	<p>conheceram antes e que agora não vai voltar a ser o que era”</p> <p>B: “Assuntos por resolver, a própria maneira como lida...ahm...com as últimas fases</p>
	Atividade profissional não relacionada com o	Refere a atividade	F.1- Atividade profissional	<p>F: “Neste momento eu não estou a trabalhar</p>

	luto	profissional em psicologia não relacionada com o luto (P-1/C-3)	atual não relacionada com luto F.3.2- Não trabalhou luto (perda familiares de alunos) F.3.3- Atividade profissional atual não relacionada com luto	concretamente nessa área”
	Experiência profissional- Voluntariado profissional	Identifica voluntariado profissional como opção para acompanhar casos (P- 1/C-2)	D.10.5- Voluntariado por parte dos psicólogos D.10.13- Muito voluntariado pouco trabalho profissional	D: “é muito no voluntariado profissionalmente formalmente”
Frequência do trabalho com o luto	Trabalho no luto frequente	Indica a periodicidade: diariamente (P-1/C-3); bastante frequente (P-1/C- 3)	A.3.2 Frequência mensal com o tema luto B. 4 frequentemente nos cuidados continuados	A: “mensalmente tenho sempre processos de luto” B: “Trabalho frequentemente aqui nos

			<p>D.3.6-muito contacto com o trabalho no luto e da perda</p> <p>D.4- Diariamente trabalha com o luto</p> <p>D.4.1- Trabalhar com o luto sempre- muito presente no dia-a-dia</p> <p>E.10.6 dois ou três casos</p> <p>H.3.1 Experiência profissional no luto - “bastante frequência”</p> <p>H.3.3 Experiência profissional no luto muito prevalente”</p> <p>H.4 muito frequente</p>	<p>cuidados continuado”</p> <p>C: “Repito, diretamente não posso dizer de ter uma atenção ahm... privilegiada sobre este tema, da minha parte”</p> <p>D: “É diária... é diária”</p> <p>E: “pouco mais de metade dos casos... pouco mais de metade dos casos... tem questões... lá esta diretas ou indiretas de perda de luto ahmm...associados.”</p> <p>H: “Muito frequente”</p>
	<p>Pouca frequência no trabalho do luto como morte</p>	<p>Menciona pouca experiência no trabalho no luto como morte (P-1/C-2)</p>	<p>G.4 - pouca frequência no trabalho relacionada com o luto “morte”</p> <p>G.4.1 Mais frequência no</p>	<p>G: “não é muito lá está, não é muito frequente no luto na perda da pessoa em si na morte”</p>

			trabalho “da perda de uma parte da pessoa”	G: “mais nesta parte da perda de uma parte da pessoa daaa daquilo que as pessoas eram antes e agora já não”
	Relevância do trabalho com o luto	Identifica importância de trabalhar o luto (P-2/C-2)	B.3 Fundamental trabalho com o luto D.3- Muita relevância no trabalho do luto	B: “Às vezes é imprescindível” D: “é muita”

Tema 5. Intervenção no luto (modelos teóricos, estratégias e elementos chaves de intervenção, diferentes tipos de luto)

Tema Superior	Tema Subordinado	Indicadores	Códigos	Exemplos
Modelos teóricos que orientam a intervenção	Modelo Relacional Sistémico	Identifica o modelo relacional como base; utiliza o modelo relacional dependendo do caso (P-3/C-3)	D.5-Depende da experiência da pessoa-teoria sistémica C.5.3 Modelo relacional E.5- modelo relacional sistémico e simbólico	C: “Em termos de teorias de pano de fundo sobre o qual me fundamento é sem dúvida o modelo relacional” D: “É muito sistémica e é

				<p>mesmo muito... depende da personalidade, das vivências de cada residente”</p> <p>E: “é assim no modelo relacional sistémico e simbólico...”</p>
	Modelo Comportamental	Identifica o modelo comportamental como base (P-1/C-2)	<p>D.5.2- Teórica comportamental</p> <p>D.5.4- comportamental é a base</p>	<p>D: “em termos comportamentais muito... muito”</p> <p>D: “E conseguir buscar em cada uma das teorias técnicas específicas a cada uma por exemplo dar aqui um exemplo... por exemplo em termos comportamentais nós conseguimos e isso é a base de tudo”</p>

	Modelo Cognitivo Comportamental	Refere o trabalho com o modelo cognitivo-comportamental (P-2/C-1)	B. 8.5. Modelo cognitivo comportamental A.4.2 trabalho muito com a tcc	B: “O modelo cognitivo-comportamental é importantíssimo” A: “eu trabalho muito a teórica cognitiva e comportamental”
	Modelo Construtivista	Identifica o modelo construtivista como a sua base; utiliza o modelo-narrativas (P-2/C-2)	A.4.4 Utiliza teorias narrativas H.5 modelo construtivista	A: “depois o elemento chave é no fundo e trabalhando também com as teorias narrativas” H: “eu a minha base é terapia construtivista”
	Modelos Educacionais	Refere que o no contexto de trabalho utiliza os modelos educacionais (P-1/C-3)	D.5.6-Psicologia escolar e da educação importante D.5.7- Modelos escolares e educacionais D.5.8- Modelos de educação auxiliam no planejamento da atividade	D: “também a nível da psicologia do desenvolvimento é importante temos isto muito presente e até na psicologia escolar e da educação”

	Abordagem eclética	Refere a importância de uma abordagem eclética no trabalho com o luto (P1-/C-3)	D.5.10-Forma eclética de trabalho “beber” as teorias todas D.5.14- Eclética nos modelos teóricos D.6.2- Abordagem eclética permite perceber o que é patológico e natural	D: “Não há uma teoria só que eu diga olha aquela teoria onde eu vou buscar tudo em termos de agronomia... vou buscando”
Estratégias de intervenção no luto	Empatia	Identifica a utilização de intervenção no luto: empatia (P-2/C-2)	A.4.3 Empatia sofrimento da pessoa H.6.1 empatia	A: “primeiro uma enorme compreensão e empatia pelo sofrimento da pessoa, não é”
	Uso de estratégias de intervenção (estratégia de superação)	Identifica a utilização de estratégias de intervenção no luto sem especificar quais são (P-1/C-2)	F.4.4 “estratégias de superação F.4.11 - Dar estratégia de superação	F: “costumo falar em algumas estratégias de superação”
	Psicoeducação	Refere estratégias de intervenção no luto:	D.9.3- Psicoeducação para a promoção do bem-estar	F: “e tento sempre primeiro fazer uma

		Psicoeducação (P-3/C-12)	<p>F.4.1- “sensibilização” sobre conceito</p> <p>F.4.2- “sensibilização” tipo de perdas</p> <p>F.4.3- “sensibilização” experiências de lutos não são todas iguais</p> <p>F.4.5- Psicoeducação luto patológico</p> <p>F.4.7- Foco na psicoeducação com pais/ encarregados educação</p> <p>F.4.8- “sensibilização” luto patológico vs normal</p> <p>F.4.9- “sensibilização” sobre o luto como processo natural</p> <p>F.5- Valoriza a sensibilização no processo de luto</p>	<p>abordagem mais de sensibilização sobre o que é o luto”</p> <p>G: “neste sentido é mais a parte da psicoeducação”</p> <p>F: “é muito nesta perspetiva, com pais e encarregados de educação (pausa 3s) eu acho que é importante trabalhar nesta temática porque as crianças também passam por processo de luto”</p>
--	--	--------------------------	--	--

			<p>F.5.4- Primeiro “sensibilizar” e depois “estratégias funcionais para lidar”</p> <p>G.5- Intervenção no luto – psicoeducação</p> <p>G.6- valoriza a psicoeducação</p>	
	Cadeira vazia	Identifica técnicas de intervenção no luto: cadeira vazia (P-1/C-2)	<p>H.5.2 cadeira vazia</p> <p>H.5.5 colocar na cadeira o sentimento</p>	<p>H: “trabalho da cadeira vazia”</p>
	Cartas narrativas	Identifica técnicas de intervenção no luto: cartas narrativas (P-1/C-2)	<p>H.5.3 cartas narrativas</p> <p>H.5.4 escrever cartas aos sentimentos</p>	<p>H: “com cartas coisas mais narrativas”</p>
	Estratégia de reconstrução de significado	Identifica a utilização da técnica de reconstrução de significado (P-2/C-6)	<p>A.4.5 Reconstrução significado</p> <p>A.4.6 (reconstrução significado) favorece</p>	<p>A: “É criar uma nova narrativa reinterpretar digamos as situações para trabalharmos uma nova</p>

				reajustamento realidade A.4.7 Aceitação cariz intrínseco sofrimento C.5.7 Trabalha a resignificação no luto C.5.8 Importante trabalhar a resignificação no processo de cada membro da família C.5.11 integrar aspetos positivos nas experiências negativas	narrativa de vida para esta pessoa” A: “conseguir reajustar-se à nova realidade de uma forma ou de outra, não é?” “ C: “portanto, fazendo este trabalho de resignificação, poder reconhecer e conectar as várias experiências,”
	Centrada na pessoa	Indica a utilização da estratégia centrada na pessoa (P-2/C-2)		C.6 4 centrada na pessoa H.5.6 centrado na pessoa	C: “é olhando é pondo a pessoa ao centro se podemos assim dizer perifrasedo Rogers” H: também muito trabalho humanista centrado na pessoa”
Elementos chaves de	Validar o sofrimento	Refere a importância de		H.6.5 empatizar pelo	H: “sim eu acho que

intervenção no luto		validar/empatizar pelo o sofrimento (P-1/C-2)	sofrimento leva validar a dor e origina mudança H.6.6 permitir a pessoa sentir a dor	ahm... empatizar com o sofrimento ... por exemplo dizer... validar que a pessoa tem motivos para estar assim acho que isso é fundamental a pessoa dizer “ai senti-me compreendida” isso é um grande motor de mudança”
	Permissão para falar dos sentimentos	Indica que se deve permitir à pessoa que fale livremente dos sentimentos (P-1/C-2)	H.6.7 permitir que numa primeira abordagem a pessoa flua os seus sentimentos H.6.8 permitir que a pessoa sinta a dor, uma vez que teve consciência que precisava de ajuda	H: “muitas vezes a primeira tarefa de casa que eu dou ahm... é a pessoa fazer o que lhe bem... que bem entender se lhe apetecer ficar em casa a chorar fica em casa a chorar, ter permissão para sentir para chorar as pessoa normalmente num

				processo de luto ahm... e aqui estou a falar mais num processo de luto tradicional, morreu alguém, as pessoas ”
	Avaliar a história de vida	Menciona a importância de explorar a história de vida da pessoa (P-2/C-2)	E.5.4-Avaliação detalhada da história de vida C.6.2- necessidade de ver a pessoa como um todo dentro da sua história	<p>E: “Daí a necessidade da exploração da história de vida em cada... de vida da pessoa... dos seus significados, dos seus símbolos”</p> <p>C: “esta necessidade de enquadrar a experiência atual dentro da história e não só da história pessoal e também da história familiar”</p>
	Explorar o significado de luto	Refere a importância de analisar o significado do	E.5.2-Intervenção no luto-exploração do significado	E: “Porque lá está, no modelo do qual eu parto é

		luto (P-1/C-2)	(modelo teórico relacional simbólico) E.5.3-Intervenção no luto-exploração do significado no contexto	muito a partir da exploração do significado daquela experiência em concreto”
	Isenção de julgamento	Menciona a importância não existir julgamentos no processo terapêutico (P-1/C-3)	H.6.2 Intervenção no luto-não haver julgamento, compreender a dor da pessoa H.6.3 Intervenção no luto-não julgar H.9 aceitação total não julgar	H: “pegar no que a pessoa... no que a pessoa nos tras sem qualquer julgamento... se aquilo é importante para a pessoa... não comparar sofrimentos”
Aspetos relevantes na intervenção com o luto	Intervenção no luto depende dos objetivos terapêuticos/ da pessoa para cada sessão	Indica que a intervenção esta dependente dos objetivos da sessão (P-1/C-2); depende do caso (P-2/C-2);	H.5.1 depende do objetivo de trabalho B. 5 Depende do caso H.5.10 intervenção no luto- indo de encontro aos objetivos da sessão E.3- Relevância	H: “depois dependendo concretamente do objetivo que quero alcançar com aquela pessoa posso utilizar também estratégias experienciais” B: “depende muito

				<p>intervenção no luto- “depende do caso”</p>	<p>daquilo que é o caso, não é”</p> <p>E: “Isso depende um bocado do caso em si.. eu diria até que depende totalmente não é”</p> <p>H: “eu tenho planeado para cada sessão não tem que acontecer daquela maneira... eu lido com o que a pessoa trás”</p> <p>H: “(...) eu tenho normalmente em mente objetivos e tenho em mente uma série enorme de estratégias que eu posso utilizar(...)”</p>
Intervenção no luto em diversos domínios	Luto não elaborado	Refere a relevância de trabalhar lutos não elaborados (P-2/C-2)	E.3.2- Intervenção no luto- mais relevância no processo de luto, “luto não	<p>E: “realizado ou não realizado pronto normalmente</p>	

			realizado” F.5.3- Luto patológico requer intervenção técnica	tendencialmente será o não realizado terá mais... mais material para trabalharmos, não é? Mas normalmente pronto esse tende a ser aquele que tem mais relevância” F: “que aí requer de facto intervenção técnica”
	Luto surge de forma implícita no processo terapêutico	Indica que a intervenção no luto surge de forma indireta (P-2/C-5); surge de sintomas depressivos (P-2(C-2))	A.4.1 Intervenção sintoma depressivo (decorrente luto) C.2.3 surge de forma indireta nos pedidos de ajuda do acompanhamento psicológico C.3.1 de forma indireta trabalha o luto C.3.4 aparece de forma	C: “porque é novamente um tema que nós encontramos mesmo de forma indireta nos pedidos de ajuda, nas motivações ahmmm... no pedido de acompanhamento psicológico e, portanto, a única experiência mais ... mais direta sobre o tema

			<p>explícita ou de forma implícita ou está no plano de fundo</p> <p>E.3.1- Tema luto pode surgir associado à exploração da história de vida</p> <p>E.3.4- Tema luto surge como base do problema ou plano de fundo</p> <p>H.3.2 processo de luto no plano de fundo</p> <p>desenvolvimento de sintomatologia sem consciência que é devido a um luto</p>	<p>do luto “</p> <p>E: “explorando e aprofundado a história de vida se percebe que um luto”</p> <p>H: “e já aconteceu de pessoas não se aperceberem, ou seja, desenvolverem sintomatologia e procurarem ajuda e não se aperceberem que aquilo tinha haver com lutos que não estavam bem resolvidos”</p>
	Intervenção em diferentes tipos/causas de luto	Menciona o trabalho no luto do futuro dos projetos de vida, sonhos (P-1/C-3)	<p>H.4.2 trabalho no luto do futuro que não se tem</p> <p>H.4.3 intervir em tudo não só na experiência também</p>	<p>H: “algo que eu costume trabalhar muito é o luto do futuro que não vai ter por exemplo quando se</p>

				nos projetos de vida, sonhos H.4.4 frequente o tipo de caso de luto por término de relações	termina uma relação”
--	--	--	--	---	----------------------

Tema 6. Crenças Religiosas

Tema Superior	Tema Subordinado	Indicadores	Códigos	Exemplos
Crenças religiosas	Crente não praticante	Refere que não tem prática religiosa (P-2/C-2)	A.7.3 não praticante F.7.9- crente não praticante	F: “sou crente, mas não sou praticante”
	Perceção pessoal das crenças religiosas no ciclo de vida	Indica a perceção das crenças religiosas na vida (P-1/C-2)	F.7.11- crenças religiosas como “superação” vs “revoltar-nos” F.7.12- relaciona com aspetos de vida	F: “Pronto... é muito nessa perspectiva, que faz parte e que está relacionada com muitas coisas da vida sim, cada vez mais acho que as pessoas vão tendo essa... essa ideia.”
	Uso das crenças religiosas	Menciona que recorre às	D.7.6- em termos pessoas	D: “Acredito lá está, que

	nos próprios processo de luto	próprias crenças religiosas para superação de luto (P-2/C-4)	utilizar as próprias crenças influenciam em termos pessoais F.7.4- utiliza as crenças pessoais para superar perdas F.7.6- morte da avó agarrou-se á religião para superar	influenciem e.... em termos pessoais permanentemente e vamos construindo as nossas teorias ao longo da vida e vão mudando.” F: “mas sim agarrava-me muito, humm, à religião.”
	Ausência de crenças religiosas pessoais	Reconhece a ausência de crenças religiosas (P-2/C-2)	A.7 não perfilha crenças religiosas H.8.6- não é católica	H: “Porque principalmente... eu não sou ... não sou católica... não posso permitir que isso influencie a experiência de um católico”
	Centralização das crenças	Reconhece que as crenças	B.10.5 Crença religiosas	B: “Que nos vêm cá parar

	religiosas no norte de Portugal	religiosas estão mais centradas no Norte de Portugal (P-2/C-2)	mais vincadas no Norte F.7.8- crenças religiosas “somos educados nessa dimensão”	e que têm estas crenças e às vezes as pessoas olham assim um bocadinho de lado... não quer dizer que eu também olhe, para mim também pode ser estranho, mas é importante que no trabalho isso ... não fazer transparecer não é”
Influência da crença religiosa	Efeito das crenças religiosas na vida	Indica o impacto das crenças religiosas (P-3/C-5)	F.7- religião tem muito poder H.8.3- acreditar que a vida não termina tanto numa perspetiva cristã como de reencarnações faz ter uma experiência de luto diferente F.7.1- crenças religiosas- tem influência nos vários aspetos da vida	F: “Se tinha impacto ou não e efetivamente eu acho que sim, que as crenças, tudo que tenha a ver com a religião tem muito poder.” H: “a investigação mostra-nos que ahm... que a existência de crenças religiosas ou espirituais ... a existência

			<p>E.8.10 religião católica influencia a percepção da morte (ressurreição, vida eterna)</p> <p>E.8.11 religião católica leva a ver a morte como ponto e vírgula e não como um ponto final</p>	<p>por exemplo da crença de que a vida não termina aqui de... seja numa perspectiva cristã seja numa perspectiva de reencarnações ahm... faz ter uma experiência completamente diferente perante uma perda...”</p> <p>F: “acho é que à medida que nós vamos avançando na vida e consoante as circunstâncias a religião pode ou não deixar, pode ou não ser representativa, não é?!”</p> <p>F: “recordo-me que as pessoas aí agarravam-se muito. Quem era mais religioso acabava por ter</p>
--	--	--	---	---

				<p>melhor qualidade de vida, embora a amostra fosse pequena e não fosse representativa da população portuguesa, mas dava para ter aqui realmente uma ideia que efetivamente tudo o que tenha a ver com crenças pessoais e religiosas hum, esta questão de de da própria religião tem influência nos vários aspectos da vida realmente.”</p> <p>E: “? Quando há uma crença numa vida depois da vida terrena, não é? Quando há uma crença numa vida eterna, numa</p>
--	--	--	--	---

				ressurreição, numa ahmm... isso influência diria dramaticamente a forma como se interpreta a morte não”
	Procura de psicólogo relacionado com as crenças religiosas do mesmo	Indica que a crença religiosa dos psicólogos influencia na procura dos mesmos (P-2/C-2)	C.9 pessoas procuram devido à sua posição religiosa H.9.3- situações que as pessoas escolhem o terapeuta de acordo com as crenças do mesmo	B:” procuram exatamente porque me conhecem qual é também a minha formação, o meu posicionamento em respeito ao fator religioso”

Tema 7. Intervenção no luto com crenças religiosas

Tema Superior	Tema Subordinado	Indicadores	Códigos	Exemplos
Intervenção no luto com crenças religiosas	Crenças pessoais influenciam no processo terapêutico	Refere que as crenças religiosas pessoais entram no trabalho com o luto (P- 1/C-2)	E.8.8 influenciam bastante E.9.2 - crenças pessoais influenciam na forma de analisar crenças religiosas	E: “As crenças religiosas... é assim ahmm pessoalmente eu penso que influenciam

				outro	bastante” E: “não digo que a forma como eu olho para a questão não tenha influência minha”
	Crenças pessoais influenciam no processo terapêutico	Refere que as crenças religiosas pessoais entram no trabalho com o luto (P-1/C-2)	E.8.8 influenciam bastante E.9.2 - crenças pessoais influenciam na forma de analisar crenças religiosas outro	E: “As crenças religiosas... é assim ahmmm pessoalmente eu penso que influenciam bastante” E: “não digo que a forma como eu olho para a questão não tenha influência minha”	
	Utilização das crenças religiosas do utente no acompanhamento psicológico	Refere a utilização das crenças religiosas como recurso no processo terapêutico (P-5/C-8)	A.7.1 Recurso crenças religiosas (da pessoa) B.8.9 promover a prática religiosa caso seja crente C.7.2 Crenças religiosas surgem no contexto	A: “se bem que todas as mensagens religiosas são muito importantes e utilizo muiiitoo se a pessoa for religiosa “ B: “uma pessoa que tem	

			<p>terapêutico pelos utentes</p> <p>D.7.4- processo de luto ser elaborado de acordo com as crenças da pessoa</p> <p>D.7.3- perceber a teoria da pessoa</p> <p>D.7.8-Centrar na crença da pessoa</p> <p>D.8.8- Foco no outro</p> <p>F.8.6- utiliza as crenças como vantagem, não explica as desvantagens</p>	<p>aquela crença que rezar pode importar e que pode fazer a diferença, aí sim eu estimo a pessoa a fazê-lo e eu acabo por acreditar nisso não”</p> <p>C: “é interessante, porém que ainda independentemente ahm da minha vontade, sempre mesmo com utentes que se consideram ateus ou agnósticos ahm o tema da transcendência da espiritualidade acaba por aparecer antes ou depois dentro do próprio processo e não necessariamente dislutado por mim.”</p>
	Utilização das crenças	Identifica a importância	A.7.2 Percepção crenças	A: “É uma estratégia de

	religiosas como <i>Coping</i> religioso	do <i>coping</i> religioso (P-2/C-3)	religiosas como mecanismos coping importante A.8.1 Utilização das crenças como coping F.8.2- Pessoas muito religiosas pode ser um apoio no processo de luto e na intervenção	coping, ter fé é fundamental e ter fé é maravilhoso.”
	Importante a neutralidade acerca de crenças religiosas diferente	Importância de não demonstrar o que sentimos perante crenças religiosas diferentes (P-2/C-2)	B.10.6 Não transparecer no trabalho o que sente quando aparece crenças diferentes D.8.9- neutralidade “não transpareça nada da nossa parte”	D: “autoavaliação sim, mas muito focada no outro e de maneira a tentar que não... que não transpareça nada da nossa parte em termos pessoais.” B: Que nos vêm cá parar e que têm estas crenças e às vezes as pessoas olham assim um bocadinho de

				lado... não quer dizer que eu também olhe, para mim também pode ser estranho, mas é importante que no trabalho isso ... não fazer transparecer, não é?
	Aborda a espiritualidade no processo terapêutico	Menciona que aborda a espiritualidade caso a pessoa esteja receptiva (P-1/C-2)	H.8.7- abordar a espiritualidade se a pessoa esta receptiva H.8.9- conversa sobre a espiritualidade na intervenção	<p>H: “o que posso eventualmente uma vez que tenho um conhecimento vasto de espiritualidade é perguntar se a pessoa está receptiva a conversar sobre espiritualidade isso sim... isso sim acho que é útil, ”</p> <p>C: “hoje também aqui encontramos dificuldade para uma presença significativa do ponto de vista espiritual “</p>
	Ausência da dimensão espiritual nas pessoas em acompanhamento terapêutico	Identifica a dificuldade da existência espiritual (P-2/C-2)	C.12.4- dificuldade da presença espiritual E.9.1- utentes não acreditam no transcendente	

					E: “tive utente que pronto não acreditam ahmm no transcendente numa vida após pronto...”
Elementos chaves de intervenção no luto com crenças religiosas	Avaliar as crenças religiosas do outro no processo terapêutico	Mencionar a importância de ter conhecimento acerca das crenças religiosas do outro (P-4/C-4)	B. 8.8 Avaliar a crença do outro F.8.3- explorar as crenças da pessoa F.8.7- Importante para o processo terapêutico avaliar as crenças religiosas H.8- conhecer as crenças das outras pessoas	B: “Agora aquilo que eu posso perceber é, quem tem as crenças iguais às minhas, não é? Se essa pessoa tem as crenças iguais às minhas se eu fizer nesta avaliação e perceber isso, isso pode ser importante, não é?” H: o que eu acho que é importante e isso eu acho que é muito importante é conhecer as crenças religiosas da pessoa se existem ou não existem	

				F: “Eu acho que cada um tem as suas crenças, agora que efetivamente é importante avaliar isso no processo terapêutico”
	Aceitação/Respeito das crenças religiosas do outro	Refere que aceita e respeita a crenças do utente meso que sejam diferentes da sua (P-5/C-11)	<p>B. 10.1 Aceita as crenças mesmo que diferentes</p> <p>B. 10.2 Respeito e aceitação das crenças do outro</p> <p>D.7.1-Não julgar as crenças da outra pessoa</p> <p>D.9.2- Respeito/ humildade pelas crenças dos outros</p> <p>F.7.10- Aceitação da religião do outro</p> <p>F.8- Aceitação das crenças religiosas dos utentes</p> <p>F.8.4- não discute crenças</p>	<p>B: “(...) ele achava que aquelas coisas das energias, que é uma coisa que eu não acredito por exemplo, não é? Mas respeitei-o”</p> <p>H: “alguém que não seja católico nesta zona tem vergonha de falar por isso e no contexto de terapia percebem rapidamente que não precisam de ter vergonha e que isso vai ser integrado no</p>

			religiosas F.8.5- Respeito e aceitação G.9.1- Validar as crenças no processo G.9.2- Crenças religiosas – aceitação das crenças H.9.6- aceitação de diferentes crenças	processo...” F: “Portanto eu acho que cada um tem a sua crença, a sua religião e vou-me seguindo um bocadinho por aí”
	Avaliar se as crenças pessoas estão a influenciar no processo terapêutico	Menciona a importância de analisar se as crenças pessoas estão a interferir (P-2/C-4)	D.8.3-Importante refletir quando acontece esta influência D.8.6- “chamar nomes” as crenças quando estas influenciam H.8.5- ter atenção às próprias crenças de modo que não influenciem H.12- ter atenção as crenças não deixar que	D: “mas claro que isto não é taxativo e não somos tao racionais. Quando acontece chamo-me nomes, paro, olha atenção que está a acontecer isto deixa-me parar um bocadinho e tento ... e como racionalizo muito consigo...”

				<p>haja influenciam das próprias crenças</p>	<p>H: “em primeiro lugar acho importante que as pessoas terem noção...estarem atentas se as suas experiências religiosas ou não, não influenciam o processo, portanto estarem receptivos a experiencia ou não daquela pessoa não podemos impor a nossa crença isso não pode influenciar acho que isso é importante”</p>
--	--	--	--	--	---

Tema 9. Percepção pessoal de intervenção no luto

Tema Superior	Tema Subordinado	Indicadores	Códigos	Exemplos
Percepção pessoal do trabalho com o luto	Confiante nos próprios serviços prestados no luto	Reconhece que se sente seguro ao trabalho com o	A.9 Confiança para trabalhar com o luto	B: “É assim, eu sinto que tenho competências para o

		luto (P-7/C-8)	<p>B.9 Sente-se confiante no trabalho com o luto</p> <p>C.10- permitiu sentir-se confiante no trabalho com o luto</p> <p>D.9- Confiança e apta para trabalhar neste tema</p> <p>D.9.4- “capaz” de trabalhar</p> <p>F.9.3- capacidade de intervir no luto</p> <p>E.10.3 Considera capaz trabalhar luto</p> <p>H.10- confiante no trabalho no processo de luto</p>	<p>fazer”</p> <p>D: “sinto-me capaz, posso dizer que me sinto capaz”</p> <p>H: “Sinto-me muito bem... muito bem ... não tenho qualquer dificuldade”</p> <p>F: “se realmente a partir dessas formações acho que fiquei com mais capacidade de intervenção na área”</p>
	<p>Perceção de sucesso dos próprios serviços prestados no luto</p>	<p>Reconhece que tem atingido bons resultados no trabalho com o luto (P-2/C-3)</p>	<p>A.9.1 A competência é perceptível devido ao “sucesso”</p> <p>E. 10.5- considera que</p>	<p>A: “competência advém do sucesso que tenho tido no processo de luto”</p> <p>E: “um acompanhamento já terminou e era uma</p>

			ajudou a elaborar o processo de luto E.10.7 bem-sucedido a pessoa ultrapassou a morte	história em que o luto era ...era... a origem e no fundo o que levava as dificuldades principais daquela pessoa e esse acompanhamento já terminou e... bem-sucedido a pessoa ultrapassou”
	Perceção das competências profissionais no trabalho com o luto	Reconhece que é capacitado para trabalhar com o luto (P-4/C-6)	A.9.2 Competente no trabalhar com o luto e perda B. 9.1 Sente-se Competente no trabalho de luto F.9.1- Perceção pessoal-crédito para intervir no luto F.9.4- Perceção pessoal-confiante em trabalhar no luto F.9.5- Perceção pessoal - apta para intervir no luto	B: “Sinto-me com competências para trabalhar, neste processo” F: “mas acho que aquilo que tenho neste momento que me dá algum crédito para poder trabalhar na área” E: “penso que já tenho competências para explorar e trabalhar”

				com alunos E.10.1 sente que tem competências para explorar e trabalhar luto	
--	--	--	--	--	--

Tema 10. Serviços e Serviços prestados e alterações dos mesmo no contexto nacional

Tema Superior	Tema Subordinado	Indicadores	Códigos	Exemplos
Serviços prestados em psicologia (contexto nacional)	Percepção do serviço de psicologia (contexto nacional)	Refere a percepção dos serviços prestados na área da psicologia no âmbito do luto: bom (P-2/C2); pouco acesso à psicologia (P-3C-4); poucos psicólogos (P-1/C-4); funciona mal (P-2/C-7)	C.11- na generalidade é bom D.10- “podiam ser melhores” D.10.1- Sistema publico funciona mal D.10.2- Pessoas com luto patológico não tem ajuda devido à falta de possibilidade D.10-4- Experiência profissional levou a ter	D: “Podiam ser melhores... podiam ser melhores” F: “Mas acho que está a existir mudanças, não podemos ser totalmente pessimistas. Ainda não está no adequado, mas para lá caminha” D: “porque as patologias

			<p>conhecimento do pouco apoio prestado a nível nacional</p> <p>D.11.1- Pouco acesso a psicólogos (monetário) recorre a medico de família</p> <p>D.11.12-Não há apoio psicológico nos hospitais</p> <p>D.11.14- Há menos psicólogos hospitalares e prejudica o serviço</p> <p>D.11.15- Pessoas ficam “desamparadas” sem apoio psicólogo (capacidade económica)</p> <p>D.10.6- Não há resposta por parte das associações</p> <p>D.10.7-Medico família encaminha a pessoa</p>	<p>são cada vez maiores as prioridades do psicólogo também hospital são outras alhhmmm e acho que estamos a....a... piorar... bastava isso aumentar ao nível dos psicólogos que já ajudava muito a nível de saúde mental”</p>
--	--	--	---	---

			<p>processo demorado</p> <p>D.10.8- Visão negativa acerca dos serviços prestados</p> <p>F.10- Serviços prestados- não são adequados</p> <p>F.10.2- Há déficit na intervenção em crise não há continuidade nem monitorização do estado</p> <p>F.10.3- Serviços prestados – cuidados não há melhorias</p> <p>F.10.5- Serviços prestados - em comparação com alguns anos atrás estão melhores - não especifica</p> <p>F.10.8- Serviços prestados- ainda não adequados no luto</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>Valoriza a intervenção em crise no processo de luto, mas “não é suficiente”.</p> <p>F.10.9- Serviços prestados – não adequados, mas está a existir mudanças, não especifica as mudanças</p> <p>G.11.1- Serviços prestados de psicologia luto- são bons</p> <p>G.12.1- Pouca informação sobre a morte torna o processo mais difícil</p>		
	Utilização de psicofármacos de forma exagerada	Refere o aumento de antidepressivos em resposta à falta de continuidade das intervenções psicológicas (P-2/C-3)	<p>C.12.2 - uso de psicofármacos para o idoso se adaptar sem olhar para a angústia</p> <p>F.10.4- Aumento do consumo de antidepressivos em</p>	<p>C: “temos um uso descabido de psicofármacos”</p> <p>C: “aliás cada vez mais o consumo de antidepressivos é maior, portanto essas notícias são</p>	

			resposta há não continuidade do processo F.11.3- Não havendo um apoio continuado as pessoas tendem a consumir antidepressivos “pensamentos e comportamentos não se tratam com antidepressivos “	constantes”
Alteração dos serviços prestados (contexto nacional)	Mudança no contexto nacional na psicologia	Indica a necessidade de mais psicólogos (P-1/C-2); Indica a necessidade de mais psicólogos no setor público (P-3/ C-8)	<p>A.11 mais psicólogos</p> <p>A.11.1 As pessoas terem possibilidade de ter um psicólogo e não recorrer a medicação</p> <p>D.11- Mais psicólogos no serviço público (hospitais)</p> <p>D.11.2-Mais psicólogos nos centros de saúde</p> <p>D.11.5-Mais psicólogos</p>	<p>A: “Que houvesse psicólogos em todos os lados”</p> <p>B: “Se calhar haver uma equipa mais direcionada para o luto não só um psicólogo, por exemplo sei lá, mais profissionais e...e... que fizesse estes cuidados sempre, que a</p>

		promoção (P-1/C-4)	<p>F.11.1- Alteração de serviços prestados- Importância da prevenção e promoção nos serviços prestados</p> <p>F.11.4- Melhorar os serviços através de mais técnicos com objetivo de intervenção primária, promoção e prevenção</p> <p>F.11.5- Importante investir na prevenção e promoção</p>	promoção humm vai aqui facilitar depois os prejuízos, não é?! ”
	Facultar informação sobre a temática do luto na população	Identifica a necessidade de abordar o luto na população e dar mais informação sobre o mesmo (P-2/C-3)	<p>B.12.3 Abordar o luto na população</p> <p>G.12- Dar mais informação sobre a morte “tabu”</p> <p>G.12.2-Mais informação</p>	<p>G: “se calhar haver mais informação sobre a situação que as vezes é um bocadinho tabu”</p>

			sobre a morte	
Demonstrar a importância do papel da psicologia	Menciona a relevância de demonstrar o papel da psicologia (P-2/C-2); necessidade de mudança cultura (P-1/C-2)		<p>F.11.6- Importância da psicologia- “investimentos que terá retorno”</p> <p>E.12-1 forma como se vê o psicólogo</p> <p>E.12.2 mudança no estigma</p> <p>E.12 - preconceito social trata-se de pessoas que estão tolinhos da cabeça ou só com depressões</p>	<p>D: “e precisamos de melhorar la esta e também de mostrar que temos ... que temos um papel importante e ajude a termos mais”</p> <p>F: “sentido de facto e é aí até porque depois por questões económicas, não é?! será feito um trabalho ainda que se possa pensar que se vai investir mas será um investimento que terá retorno. “</p> <p>E: “há pessoas que têm uma ideia tão formatada sobre aquilo... aquilo que se passa dentro de uma consulta de psicologia</p>

outros serviços	prestados- Hospitais	outros contextos que prestam serviço de psicologia (P-2/C-2)	boa qualidade D.11.13- Frieza dos médicos fruto dos próprios processos de luto, utilizar o serviço de psicologia para dar a notícia	<p>unidades de paliativos há, a consulta de luto e que até fica a seguir... por exemplo esse.... Essa equipa do S. João que nos deu a formação a...a... a psicologia dava consultas de luto durante... quando se tinha o doente e quando o doente morre há possibilidade de por exemplo determinado familiar continuar a lá ir e pronto isso eu acho que é bom, tem grande qualidade não é? ”</p> <p>B: “Eu não conheço muito... por exemplo no âmbito hospital nem sei se há consulta de luto”</p>
	Desconhecimento dos serviços prestados em psicologia	Menciona que não conhece como são os outros serviços de psicologia (P-3/C-4)	B.11.Serviços prestados- Pouca informação acerca do que é feito noutros contextos	

				<p>E.11 Pouco conhecimento acerca dos outros serviços trabalho</p> <p>H.11- pouca informação sobre os serviços</p> <p>H.11.3- serviços prestados- pouca informação no geral</p>	
--	--	--	--	---	--